

47-48

P33

JUN 19 1944

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

VOL. XLVII

Janeiro de 1944

N. 1

Sumário:

	PÁGS.
O valor do exame radiológico no abdome- men agudo — DR. MANUEL DE ABREU CAMPANÁRIO.....	5
Produção médica de São Paulo.....	55
Associação Paulista de Medicina...	55
Pediatria.....	55
Otorrinolaringologia.....	66
Medicina.....	69
Obstetricia.....	84
Ginecologia.....	84
Urologia.....	90
Soc. do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.....	94
Sociedade de Oftalmologia.....	94
Outras sociedades.....	95
Literatura médica.....	96
Imprensa médica de São Paulo....	100
Vida médica de São Paulo.....	101
Assuntos de atualidade.....	103

Para tornar indolor o ato obstétrico

*Nos casos de dores expulsivas, de contrações
espasmódicas e de dores post-operatórias.*

DOLANTINA

Analgésico e espasmolítico inédito

Ação eficaz igualmente nas cólicas hepáticas e nefríticas, nos tenesmos, nas cistites, nas constipações espasmódicas, nas crises tabéticas, nas dores por carcinoma, etc.

Embalagens originais:

Tubos com 10 comprimidos à 25 mg.

Caixas com 2, 5 e 25 ampólas de 2 cc. à 100 mg. cada ampola.



Medicinal
94.
Anais Paulistas de Medicina

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitíngui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso. . . Cr \$ 5,00

Vol. XLVII

Janeiro de 1944

N. 1

O valôr do exame radiológico no abdormen agudo

Dr. Manoel de Abreu Campanario

Assist. do Serv. de Radiologia da 1.^a e 2.^a Enf. de Clr. de Homens da Sta. Casa.

Radiologista do Hosp. Sta. Cruz.

Radiologista da Cx. Apos. & P. Ferr. do Est. S. Paulo.

Em matéria de abdomen agudo não devemos esperar o impossível dos raios X, isto é, não devemos exagerar o valôr das suas possibilidades, mas por outro lado não devemos deixar de reconhecer que o seu valôr, nesta esfera, em determinadas circunstâncias, é formidável e absoluto.

No abdomen agudo o valôr dos raios X poderá ser nulo, relativo ou complementar, e decisivo.

1) — *Nulo*: Exemplo: Peritonites iniciais (quando ainda houver ausência de borramento das sombras dos órgãos intrabdominais).

2) — *Valôr relativo ou complementar*: Exemplo: Estrangulamento por hérnia (já diagnosticada clinicamente).

3) — *Valôr decisivo*: Exemplo: Presença de ar sob o diafragma (pneumoperitôneo) em doente com abdomen agudo e história pregressa de úlcera gástrica ou duodenal.

* * *

E' preciso assinalar que o abdomen agudo comumente ocorre sobre as bases de um processo patológico já anteriormente diagnóstico pelos raios X.

* * *

Ha quem diga que o exame radiológico do abdomen agudo alem de tomar muito tempo, diminuindo, por isto, as possibili-

dades da cirurgia, molesta o doente obrigando-o a tomar atitudes exaustivas e perigosas se se levar em consideração o seu estado físico. Tais argumentos são absolutamente infundados porque:

1.º) — Não ha nenhum serviço cirúrgico de urgência capaz de atender o doente imediatamente após o início da crise abdominal. Na prática o que comumente vemos é o seguinte: o doente depois de chegar ao hospital, de ordinário já tendo perdido horas, antes de ir para a mesa cirúrgica, e isto na hipótese pouco provavel de já estar clinicamente firmado o diagnóstico e já estar também firmada a convicção da necessidade operatória, perde ainda tempo bastante, capaz de permitir que o radiologista tome várias radiografias e, muitas vezes, chegue a conclusões diagnósticas decisivas e, isto, sem molestar o doente.

Os aparelhos portáteis de hoje satisfazem, neste sentido, as exigências mais rigorosas. Quando o hospital não possua aparelhagem portátil, o doente carregado em maca desmontavel até a mesa de raios X, sofrerá muito menos com as manobras exigidas pelo radiologista do que com os movimentos durante o transporte até o hospital.

2.º) — O abdomen agudo muitas vezes é estado transitório ou passageiro. Como sempre em medicina, devemos visar a particularidade de cada caso. E, positivamente, *abdomen agudo nem sempre é sinônimo da laparotomia*. A maior dificuldade do médico em frente a um caso de abdomen agudo, portanto, está em saber se ha ou não indicação cirúrgica, e no caso de haver indicação cirúrgica se esta deverá ser mediata ou imediata. Durante o tempo que se perde com a dúvida da indicação cirúrgica, o exame radiológico tem a sua formal indicação.

Não que se vá ao exagero de esperar com o tempo a aparição de níveis-líquidos num caso de obstrução intestinal clinicamente já de ha muito diagnosticado, ou ao absurdo de aguardar com o decorrer das horas os sinais de borramento das sombras de órgãos abdominais em caso clinicamente inconfundivel de peritonite... Nada disto...

O exame radiológico deverá ser considerado, de certo modo, nesta esfera, como a reação de Wassermann: se positivo será de incontestavel valor, se negativo nada significa.

SEMIÓTICA RADIOLÓGICA DO ABDOMEN AGUDO BASEADA NA CHAPA SIMPLES

Como se sabe, devido à grande diferença de espessura e de estrutura dos órgãos abdominais, estes absorvem maior ou menor quantidade de raios X, de acordo com a natureza particular de cada qual, dando, portanto, sombras de densidade diferente, o que permite a individualização da maioria deles.

6)

As silhuetas renais, a câmara de ar gástrica, a pequena lója aérea do bulbo duodenal, os depósitos de ar ora maior, ora menor dos segmentos cólicos, as sombras do fígado, do psôas, o diafragma, são bem visíveis, quasi sempre, aos raios X.

Apresentamos aqui uma sinopse dos vários sinais radiológicos baseados nas chapas simples, para em seguida, descrevermos por ordem cada um deles.

Tal sinopse inclue o "*ileus segmentário*" descrito por Del Campo e Vilapeñe.

SEMIÓTICA RADIOLOGICA DO ABDOMEN AGUDO

- | | | | |
|----------------|---|---|--|
| CHAPAS SIMPLES | { | 1) — PNEUMOPERITONEO ESPONTANEO
(Nas perfurações do tubo gastrointestinal) | |
| | | 3) — NIVEL-LIQUIDO
(Nas oclusões do tracto gastrointestinal) | |
| | | 3) — BORRAMENTO
(Nas peritonites) | <ul style="list-style-type: none"> a) — dos espaços parietocólicos b) — dos espaços lineares parietais bem visíveis nos flancos c) — dos espaços mesenterocólicos (projetados entre o psôas, o rim e o osso ilíaco) d) — da pelvis e) — das sombras do fígado, dos rins, do psôas, etc. |
| | | 4) — ALTERAÇÕES DAS ALÇAS INTESTINAIS ÁGLUTINADAS (Nas peritotes) | <ul style="list-style-type: none"> a) — Espessamento da linha de contacto ou linha de confluência das alças intestinais. b) — Arredondamento das angulações na zona de confluência das alças (transformação em cunha, triângulo, rombo, etc.). c) — Irregularidade na superfície interna da parede intestinal devido ao edema desta última (contornos esfumados). |
| | | 5) — ILEUS SEGMENTARIO OU SINTOMATICO, servindo como | <ul style="list-style-type: none"> a) — Sinal precoce de localização. b) — Base para prognóstico. |

PNEUMOPERITONEO

O pneumoperitôneo é apanágio e sinal patognomônico das perfurações gastro-intestinais.

Como se sabe, Jaubert clinicamente assinala o pneumoperitôneo nas perfurações gastro-intestinais, pela primeira vez, em 1826, descrevendo a presença de uma faixa de timpanismo entre a maciszez hepática e a sonoridade pulmonar. Contudo, só em 1911 Stierlin descreve e aponta o valor do pneumoperitôneo es-

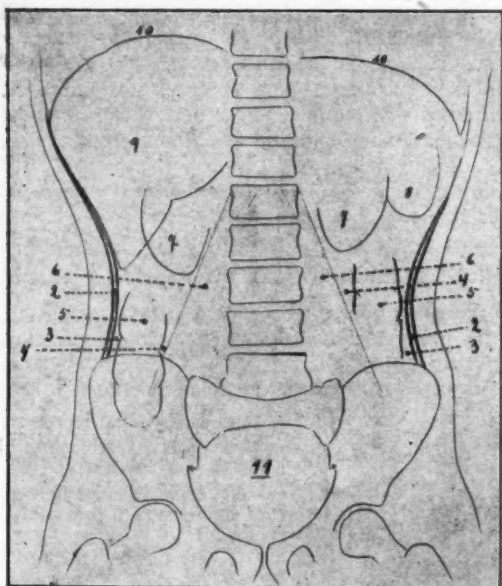


Fig. n.º 1: Chapa simples do addomen mostrando (2) sombras lineares parietais, (3) espaços parietocólicas, (4) espaços mesenterocólicas, (5) colons ascendente e descendente, (6) sombras dos psôas, (7) silhuetas renais, (8) bazo, (9) sombra hepática, (10) diafragma, (11) espaço claro circular da pelvis.

pontâneo nas perfurações do tracto gastro-intestinal no domineio da radiologia.

Encontrado radiologicamente o pneumoperitôneo, excluída a possibilidade de o ar atmosférico ter penetrado através da parede abdominal (operação recente, traumatismo perfurante), e, também, excluída a possibilidade de o ar ter penetrado através de uma brécha diafragmática, possibilidade esta aliás muito rara, o diagnóstico de perfuração do tracto gastro-intestinal pode então ser firmado convictamente.

O valôr do pneumoperitôneo é, portanto, incontestavelmente decisivo.

Vilafañe cita interessante caso de pneumoperitôneo espontâneo em que um individuo sofrera violento traumatismo torácico por explosão, havendo o ar alcançado a cavidade abdominal através a rutura do diafragma. Todavia, casos como este são raros.

O pneumoperitôneo pode aparecer, também, após a histerosalpingografia, pois durante a injeção do contraste através das trompas, eventualmente certa quantidade de ar alcança a cavidade abdominal.

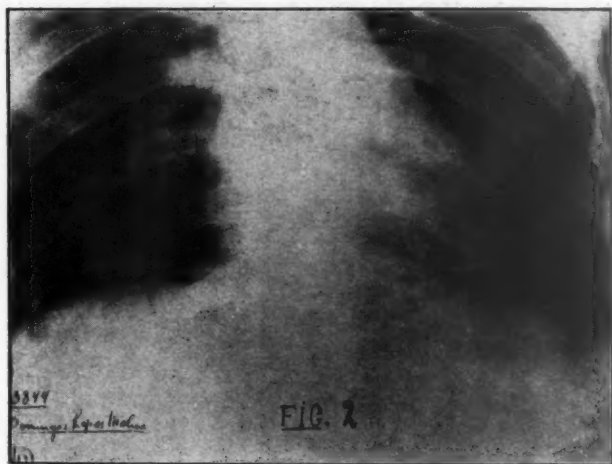


Fig. n.º 2: Úlcera gástrica perforada. Ar debaixo do diafragma: sinal patognomônico de perfuração do tracto gastro-intestinal.

Consequentemente a complicações de processos patológicos do torax o ar pode atravessar o diafragma, embora isto seja coisa rara.

É preciso esclarecer, entretanto, que em 20 % das perfurações gastro-intestinais o pneumopéritoônio não é radiologicamente assinalado, segundo Pavlovsky.

Nas úlceras perfuradas em cavidade livre o edema da mucosa em derredor da cratera ulcerosa parece ser o fator principal que impede eventualmente a saída de ar para dentro da cavidade abdominal. A repleção por alimentos do canal digestivo possivelmente é outro fator que não deve ser desprezado.

Outras vezes a abertura ulcerosa faz-se diretamente na superfície da cabeça do pâncreas, nos mésenteros, nos epiploons, etc. A justaposição do órgão perfurado (estômago ou duodeno, por ex.), o seu contacto íntimo com a superfície dos órgãos vizinhos, provocam reações inflamatórias entre as respectivas serosas peritoniais e, conseqüentemente, aderências. Um exemplo típico é a tão comum úlcera duodenal perfurada na cabeça do pâncreas. Tal fato é que, muitas vezes, impede a saída do ar. Neste sentido nada esclarece mais o espírito do médico do que a observação objetiva das peças operatórias ou dos atos cirúrgicos.

Um fato que não deve ser esquecido por ser de grande importância prática é o seguinte: em alguns casos de perfuração intestinal interessando o abdômen inferior, o ar poderá cair imediatamente dentro da cavidade livre e, no entanto, só surgir sob o diafragma muitas horas depois.



Fig. n.º 3: Úlcera duodenal perfurada. Ar sob o diafragma. A hemicúpula frênica direita apresenta aspecto de tenda de campanha (reliquit de processo do parênquima pulmonar).

No pneumoperitôneo artificial já observamos casos em que o ar só aparecia sob o diafragma dentro de 8 ou mais horas.

A presença de alças intestinais, principalmente do segmento cólico transverso, diretamente sob a cúpula diafragmática, coisa aliás não muito rara em condições normais, poderá ser tomada erroneamente por pneumoperitôneo espontâneo (veja fig. n.º 5). Tal confusão é impossível se se atentar para um conjunto de características diferenciais.



Pneumoperitôneo



Interposição do intestino grosso

Fig. n.º 4: Esquema indicando as diferenças existentes entre as imagens radiológicas do pneumoperitôneo e a posição anômala dos colons sob o diafragma.

No pneumoperitôneo espontâneo as hemicúpulas frênicas surgem nitidamente como 2 arcos de linhas regulares. A transparência das lojas subfrênicas apresentam uma densidade de ar homogênea, contínua (veja figs. ns. 2 e 3).



Fig. n.º 5: Interposição de grande porção do intestino grosso entre o diafragma e o fígado à direita, e entre o diafragma e o baço e o estômago à esquerda. Anomalia.

Observar a irregularidade do diafragma e o aspecto característico das bosseladuras do intestino. Estas características radiológicas evitam que tal imagem seja tomada por pneumoperitônio.

Quando se trata da interposição eventual de alças intestinais entre o diafragma e os órgãos subjacentes (fígado à direita e baço e estômago à esquerda), de ordinário as bosseladuras do intestino grosso fazem com que os arcos diafragmáticos e a superfície convexa do fígado e baço mostrem um perfil regularmente sinuoso ou ondulado. A faixa aérea observada sob o diafragma fica, então, septada pelas válvulas coniventes. Quando se trata da interposição do intestino delgado, às vezes podem ser reconhecidas as prégas de Kirkring.

NÍVEL-LÍQUIDO NAS ALÇAS INTESTINAIS

Nas radiografias simples a obstrução intestinal traduz-se pela presença de níveis-líquidos nas alças intestinais dilatadas. Tais sintomas têm grande valor no abdomen agudo e, por isto, devem ser abordados com certas minúcias.

Antes de tudo deverão ser lançadas as seguintes perguntas:

- 1) — *A presença de níveis-líquidos nas alças intestinais traduz sempre a existência de estado patológico?*
- 2) — *Os níveis-líquidos das alças intestinais são um sinal radiológico patognomônico da obstrução intestinal?*

Devemos recordar que no tubo digestivo do adulto, normal e permanentemente só encontramos ar.

- 1.º — no estômago: câmara aérea gástrica (fornix);
- 2.º — no duodeno: pequena câmara de ar do bulbo duodenal, quasi sempre bem visível nas proximidades do "genu superior";
- 3.º — nas flexuras cólicas: câmaras aéreas das flexuras.

A presença de ar no intestino delgado do adulto, levando-se em consideração as ressalvas feitas, traduz sempre uma condição patológica.



Fig. n.º 6: Úlcera duodenal perfurada. Formação de fastula que se abre no hipocôndrio direito (leia texto).

Normalmente, também, a secreção do intestino delgado em absoluto não pode ser observada pelo exame radiológico nas chapas simples.

Quando muito, com o auxílio do contraste, na imagem radiológica a gente poderá vislumbra-la ou adivinha-la desde que atente para as variações de densidade que a comida baritada sofre à medida que transpõe as alças do delgado. Se tal densidade aos poucos decresce é sinal evidente de que o contraste está se diluindo em mistura com a secreção intestinal. Mas esta observação indireta é bastante precária, ainda mais que a diluição do contraste se faz não só à custa da secreção intestinal, mas também, em parte, à custa da secreção gástrica.

Na enterite hiper-secretora grave o ar e a secreção acumulados nas alças inferiores do delgado emprestam à imagem radio-

12)



Fig. n.º 7: Grandes formações hidroaéreas nas alças intestinais. Peritonite difusa. Borrimento dos espaços parietocólicos, mesenterocólicos, psóas, das silhuetas renais, etc.

lógica, às vezes até nas chapas simples, a presença de níveis-líquidos, o que indica distúrbio do trânsito.

Os níveis-líquidos nas alças intestinais são, portanto, um sinal patognomônico de obstrução ou semi-obstrução intestinal.

Nas enterites hipersecretoras a quantidade de ar e de secreção nas alças do delgado é bem mais discreta, passando mesmo os níveis-líquidos, quasi sempre, despercebidos nas radiografias simples e só aparecendo com nitidez nas chapas contrastadas. Haverá retardamento ou aceleração, mas não impedimento do trânsito. Nos casos de ileus intestinal muitas vezes a quantidade de ar e de secreção nas alças do delgado à montante da obstrução atinge dimensões amplas, sendo que os níveis líquidos se tornam por isto muito nítidos nas chapas simples (veja figs. ns. 7 e 12), sendo que a imagem radiológica é inconfundível.

A aparição de níveis-líquidos na imagem radiológica, e isto deve ser bem frisado, só se dá algumas horas após a obstrução



Fig. n.º 8: Ileus paralytico posoperatório. Dilatação pronunciada do calibre das alças intestinais. Durante a radioscopia se observa que o intestino recebe o contraste passivamente (pela ação da gravidade). Desenho realçado da mucosa jejunal. Angústia da luz intestinal a poucos centímetros abaixo da neo-boca, isto é, ao nível da brecha transmesocólica, onde se nota semi-torsão da alça jejunal. (2) Porção gástrica restante, (3) alça eferente, (4) angústia da luz intestinal ao nível da brecha transmesocólica, (5 e 6) alças do delgado.

intestinal, isto é, só quando a dilatação hidro-aérea já tenha alcançado proporções avantajadas. Muitas vezes os sintomas clínicos já estão gritantes indicando a obstrução e a imagem radiológica nada ou pouco revela de anormal.

Na prática hospitalar, portanto, o médico não deverá limitar-se a tomar uma única chapa simples poucas horas após o início dos sintomas clínicos, mas, sempre que possível, tomar chapas em série com intervalo de algumas horas nos casos em que o primeiro exame radiológico fôr negativo.

* * *

A interpretação radiografica dos processos peritoníticos por meio de chapas simples foi feita fundamentalmente, pela primeira vez, por Laurell em 1926.



Fig. n.º 9: Presença de ascaris na luz do delgado. Observar que algumas alças se apresentam hipertônicas. Esta radiografia é de um indivíduo que apresentava transitoriamente sintomas de semi-obstrução intestinal (íleus espástico).

Os espaços parietocólicos visíveis respectivamente, de cada lado, entre a parede abdominal e os cólos ascendente e descendente, são a representação gráfica do tecido celulo adiposo subperitonial que, como se sabe de anatomia, existe em camada muito abundante e espessa no peritônio abdominal posterior, camada esta que se vai afinando gradativamente à proporção que se aproxima da parede abdominal anterior. Na região dos flancos tal comada de tecido celulo adiposo ainda encerra bastante espessura, tornando-se, por isto, bem visível, principalmente quando existe bastante ar nos colons. Cada espaço parietocólico faz continuidade para baixo com a respectiva fossa ilíaca.

Também na maioria das chapas simples tomadas com Potter-Bucky, observa-se entre as massas musculares da parede abdominal, ainda na região dos flancos, correndo paralelamente e externamente a cada espaço parietocólico, uma sombra linear de densidade de gordura, muito nítida, que do lado direito vai da crista ilíaca à região hepática e, à esquerda, da crista ilíaca à altura do baço. Para simplificação da nomenclatura radiológica chamaremos tal imagem de "sombra linear parietal".

Ainda nas chapas simples, de cada lado da coluna vertebral, o pólo inferior do rim, o psôas, o íliaco e o intestino grosso (cólon ascendente à direita, e cólon descendente à esquerda) delimitam um espaço claro que corresponde em linhas gerais ao espaço mesenterocólico.



Fig. n.º 10: Obstrução intestinal por estrangulamento herniário da última porção do ileon. Alças do delgado muito dilatadas, cheias de ar, subindo em direção ao diafragma.

Deve-se lembrar, contudo, que os espaços parietocólicos e mesenterocólicos dos radiologistas não são, logicamente, os espaços descritos pelos anatomistas com o mesmo nome.

Qualquer espaço existente entre órgãos intraabdominais é virtual.

Anatomicamente os espaços parietocólicos são virtuais. Radiologicamente tais espaços apresentam largura variavel de acordo com cada individuo, largura que resulta da espessura da parede cólica somada à espessura do peritôneo com a sua respectiva camada de tecido celuloadiposo.

Por sua vez, os espaços mesenterocólicos anatomicamente apresentam características diferentes das que foram descritas linhas atrás.

O espaço mesenterocólico direito é limitado em cima pela metade direita do cólon transverso e seu méso, para fóra pelo cólon



Fig. n.º 11: Copo de vidro introluzido pelo anus até a sigmóide (pederasta: psicopata). Tentou-se melhorar a nitidez da chapa com a introdução de pequena quantidade de contraste pelo anus.

ascendente, para dentro pelo mesentério. Como diz Testut, *“ele é, em parte, fechado em baixo pela inserção do mesentério sobre a fossa iliaca direita”*.

As coleções líquidas nele formadas tendem a descer para a fossa iliaca direita.

O espaço mesenterocólico esquerdo é limitado em cima pela metade esquerda do cólon transverso e seu méso, para fóra pelo cólon descendente, e, para dentro, pelo mesentério. Tal espaço em baixo abre-se direta e amplamente na pélvis. As coleções líquidas nele formadas vão ter à pequena bacia (fundo de saco de Douglas).

De passagem devemos acrescentar que nas peritonites generalizadas de ordinário a chapa mostra que o borramento do espaço mesenterocólico direito é sempre mais pronunciado do que o do esquerdo. Tal fato provem, naturalmente, de ser o espaço mesenterocólico direito, em baixo, parcialmente fechado, como já foi explicado.

Os limites apontados radiologicamente linhas atrás, portanto, para os espaços mesenterocólicos, tem um valôr apenas prático, e, jamais, anatomicamente real.



Fig. n.º 12: Apendicite aguda supurada. Grandes formações hidro-aéreas (níveis-liquidos) nas alças do delgado. Estas se elevam em direção ao diafragma.

A pelvis no homem, normalmente, estando a bexiga vazia, apresenta uma claridade muito homogênea.

Na mulher, normalmente, a sombra uterina pode, às vezes, ser vislumbrada quando os raios secundários são bem eliminados.

Os processos peritoníticos emprestam de modo geral grandes modificações ao conjunto da imagem radiográfica do abdomen, e, mais particularmente, às *sombras lineares parietais*, aos *espaços parietocólicos*, aos *espaços mesenterocólicos* e ao *espaço claro circular da pelvis* (fundo de sacco de Douglas).

O borramento destes espaços e sombras que acabamos de descrever linhas atrás, cada qual com as suas características radio-20)

gráficas particulares, é um fenômeno quase sempre constante e inevitável nas peritonites difusas.

O processo inflamatório da serosa peritonial produz o borramento parcial ou total da sombra linear parietal e do espaço parietocólico.

O exsudato peritonítico, quando abundante, acumula-se nos espaços mesenterocólicos e, por fim, alcança a pelvis. Interpõe-se, também, difusamente entre as alças intestinais e as vísceras.



Fig. n.º 13: Obstrução mecânica da luz intestinal por carcinoma do colon ascendente. Dilatação pronunciada do ileon. O contraste permanece nas últimas alças do delgado 20 horas após a ingestão da comida opaca. Grandes bolhas aéreas no colon transverso.

A difusão e a expansão do exsudato geram sinais radiográficos bem definidos. Além do borramento dos espaços mesenterocólicos e do espaço claro circular da pelvis, os contornos das vísceras tornam-se esfumados, imprecisos, ou desaparecem.

Na pelvis, muitas vezes, o borramento provocado pelo exsudato sobressai com maior nitidez quando a alça sigmoide contém muito ar. Estando o doente em posição ortoestática o fundo de Douglas aparecerá borrado, e se a quantidade de exsudato for pronunciada o limite superior do borramento caminhará em direção à cavidade abdominal.

* * *



Fig. n.º 14: Peritonite difusa (apendicite supurada). Observar que a linha de contacto entre 2 alças intestinais ao invés de ser representada por uma sombra fina, linear, mostra imagem em forma de faixa mais ou menos espessa, o que significa a presença de líquido entre as mesmas. Pronunciada dilatação das alças intestinais.

A zona de contacto entre duas alças intestinais contendo ar traduz-se na imagem radiográfica caracteristicamente por uma sombra fina, linear, nítida.

A zona de confluência de 3 ou mais alças intestinais contendo ar traduz-se por um conjunto de sombras, também lineares, formando ângulos diversos.

A imagem invariavelmente linear destas zonas de contacto e de confluência é a resultante da espessura somada de 2 paredes intestinais, paredes estas que apresentam porções de superfície justapostas e em sentido ortodiagnóstico.

Ora, se o exsudato se interpõe entre as alças é claro que a imagem das zonas de contacto destas últimas não poderá continuar a ser linear.

As sombras lineares, nestas circunstâncias, ganham espessura, apresentando-se na imagem radiográfica como verdadeiros cordões cuja grossura varia de acordo com a quantidade de líquido existente na cavidade intraperitoneal. (fig. n.º 14).

Na zona de confluência de 3 ou mais alças, como é fácil adivinhar, surgem, então, sombras em forma de triângulo, cunha, rombo, trapézio, estrela, etc. (veja figs. A e B).

Os cordões acima descritos, entretanto, não apresentam contornos regulares e nítidos. Ao contrário, os seus contornos mostram trechos esfumados que resultam do edema parietal do processo peritonítico.

* * *

Até aqui descrevemos sinais radiológicos oriundos dos processos inflamatórios da serosa peritoneal e dos exsudatos, repercutindo nas sombras viscerais e espaços do abdomen, sintomas estes de grande valôr no terreno da diagnose.

Contudo, pelo exame atento da imagem radiográfica podemos, tambem, arranjar bases para o prognóstico.

A maior ou menor largura dos cordões observados nas zonas de contacto das alças intestinais, a intensidade do borramento das visceras e espaços intraabdominais, a maior ou menor difusão do exsudato peritonítico permitem, naturalmente, que se faça de acordo com os sintomas observados, um prognóstico muitas vezes de melhor critério científico do que aquele que se viesse a fazer de acordo apenas com os dados clínicos.

* * *

As peritonites encistadas do abdomen superior podem fornecer, às vezes, tambem, quadros radiológicos característicos.

No abcesso sub-frênico bastante evoluído, por exemplo, a imagem radiológica da bolsa hidro-aérea infra-diafragmática é muito típica.

ILEUS SEGMENTÁRIO OU SINTOMÁTICO

As radiografias tomadas algumas horas após o início de qualquer processo abdominal agudo, de ordinário mostram um certo número de alças intestinais dilatadas por ar. Esta dilatação inicial e circunscrita a determinado segmento do intestino, aparece nas proximidades do foco patológico que deu origem ao quadro abdominal agudo.

Na apendicite aguda, por exemplo, uma chapa tomada algumas horas após o início da crise dolorosa, mostrará quasi sempre a dilatação do cecum, do colon ascendente e, às vezes, de certa porção terminal do ileon. Na pancreatite aguda observar-se-á que tal dilatação irá interessar o estômago, o duodeno e o jejuno.

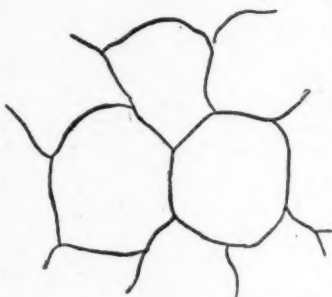


Fig. A: — Esquema representando sombras lineares oriundas do contacto e confluência das alças intestinais dilatadas por ar

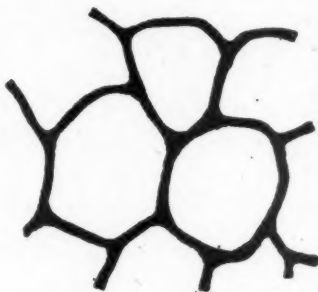


Fig. B: — Esquema representando as ditas sombras lineares já transformadas em sombras em forma de cordões, nas peritonites



Fig. C: — Esquema anatômico indicando os espaços parietocólicos e mesenterocólicos e as fossas ilíacas (Testut e Jacob).

O mecanismo da dilatação das alças reconhece uma causa inibidora, isto é, nervosa. Tal dilatação circunscrita inicialmente às alças vizinhas do foco patológico, representa os pródromos do "*ileus paralítico*". Aliás os radiologistas sabem que não só nos processos abdominais agudos, mas também nas crises dolorosas de órgãos extra-abdominais, a radiografia tomada poucas horas após o início das mesmas, quasi sempre surpreende a dilatação segmentar das alças intestinais que estejam nas proximidades do foco patológico. Na cólica renal não é raro que a chapa simples indique a presença de um ou mais cálculos por detrás de grandes lojas aéreas formadas por alças intestinais dilatadas. Cessada a crise a radiografia indica a desapareição gradativa de ar nas ditas alças.

Este fenômeno de dilatação localizada das alças foi chamado por Del Campo de "*ileus sintomático*" por ser um sinal que indica ao médico aproximadamente a séde do processo patológico abdominal.

Villapeñe denomina-o "*ileus paralítico segmentar*". Para tal autor este é o mais precoce sinal radiológico de localização. Preferimos denominá-lo *ileus prodrômico parafocal*.

Portanto, em qualquer caso de abdomen agudo em que se encontre o "*ileus sintomático*", de acordo com a sua topografia podemos, com mais probabilidade de acerto, conjecturar que se trate d'este ou daquele processo patológico. Surpreendido que seja o "*ileus sintomático*" está vislumbrada a vereda do diagnóstico. Radiografias posteriores, em série, tomadas com intervalo preconcebido de acordo com a necessidade de caso particular, poderão mostrar que com o tempo a dilatação inicial das alças se propaga extensamente ao longo do tracto intestinal, surgindo, por fim, o quadro típico do "*ileus paralítico*". Nestas circunstâncias o exame radiográfico vem demonstrar que o prognóstico é sombrio.

Se, ao contrário, as radiografias em série demonstrarem que a dilatação segmentar se circunscreve cada vez mais, isto significa que o prognóstico é favorável.

Sintetizando poderíamos dizer que a dilatação segmentar indica a presença de um *ileus paralítico em estado potencial*.

Em conclusão, portanto:

- 1) — O *ileus sintomático* representa a fase prodrômica do *ileus paralítico*.
- 2) — O *ileus sintomático* é um sinal radiográfico precoce de localização do foco patológico.
- 3) — O *ileus sintomático* pode servir como fator auxiliar na feitura do prognóstico.

ABDOMEN AGUDO

EXAME RADIOLOG. COM MEIOS DE CONTRASTE

(Obstruções do tracto gastrointestinal)

ABDOMEN AGUDO PRÉ-
OU NÃO OPERATÓRIO

- 1) — Vôlvo do estômago;
Vôlvo do intestino.
- 2) — Invaginação.
Intuscepção.
- 3) — Compressão extrínseca:
Tumôr do pâncreas,
Compressão do pedic. mesentérico, etc.
- 4) — Bridas, aderências
posoperatórias tardias.
- 5) — Acotovelamento de Lane.
- 6) — Hérnias:
Estrangulamentos,
Hérnias diafragmáticas.
- 7) — Úlcera gástr. ou duod. perfurada
(exame radiolog. contra-indicado)
- 8) — Estase gástrica:
Úlcera duodenal,
Acálasis do pilôro,
Câncer da região prepilórica.
- 9) — Corpos estranhos:
Tricobezoar, fitobezoar,
Vermes,
Ileus biliar.
- 10) — Ileite terminal.
- 11) — Tuberc. ileocecal.
- 12) — Apendicite.
- 13) — Diverticulite.
- 14) — Neoplasia do intestino.

ABDOMEN AGUDO
POSOPERATÓRIO

- 15) — Invaginação da alça efer. na neoboca.
- 16) — Estenose ou angústia da boca anastomótica.
- 17) — Edema cirúrg. da boca anastom.
- 18) — Cavalgamento da alça efer. pela alça afer.,
Torção, obstrução mecânica.
- 19) — Ileus paralítico após peritonite
hiperséptica localizada.
- 20) — Ileus espástico posoperatório.
- 21) — Hipoproteinemia.
- 22) — Acidose.

OBSTRUÇÃO DO TRACTO GASTROINTESTINAL

No sentido amplo do termo uma interferência na progressão da corrente do intestino constitui obstrução do intestino, seja tal interferência de origem inibidora ou mecânica. No sentido mais restrito do termo, "*obstrução intestinal*" é muitas vezes empregado para indicar apenas obstrução mecânica. (Wangensteen).

Diz-se que a obstrução é simples quando ha apenas bloqueio da continuidade intestinal. Diz-se que a obstrução é por estrangulamento quando alem do bloqueio existe comprometimento da supllência sanguínea do intestino.

Antes da descrição dos sintomas radiológicos e das causas das obstruções do tracto gastrointestinal julgamos util o estudo sucinto das varias modalidades de íleus.

Tal estudo é absolutamente necessário afim de que o radiologista possa compreender e interpretar com segurança os quadros complexos da imagem radiológica nas obstruções intestinais.

ÍLEUS MECÂNICO

Após laparatomias, principalmente nos processos abdominais agudos, a formação de aderências entre as alças intestinais ou aderências destas com a parede abdominal ou as vísceras, não é coisa rara.

As bridas e aderências em geral provocam a obstrução intestinal muitos dias depois da operação, o que auxilia de certo modo o diagnóstico diferencial entre íleus mecânico e íleus paralítico, pois neste último os sinais de obstrução intestinal, às vezes, surgem poucas horas após a operação.

Como se sabe, o número de causas da oclusão mecânica é muito grande, o que realça o valor do estudo de tal modalidade de íleus.

Damos aqui uma síntese do mecanismo do íleus mecânico:

- 1) — Na obstrução simples as paredes intestinais se distendem, se dilatam acima do obstáculo.
- 2) — A extensão da dilatação ao longo do intestino, à montante do obstáculo, depende da duração da obstrução.
- 3) — A intensidade da dilatação (grau de distensão) é máxima se a obstrução é completa. E' mínima se a obstrução é insignificante. Ha, portanto, relação estreita entre o grau de distensão e o grau de estenose.
- 4) — Na obstrução simples aguda a parede intestinal no lugar da dilatação fica avermelhada (hiperemia) e fina.

- 5) — Na obstrução crônica a parede fica espessada devido ao fenômeno da hipertrofia.
- 6) — A porção intestinal à juzante do obstáculo em geral fica vasia e contraída.
- 7) — Na dilatação do delgado, mesmo quando muito pronunciada, a pressão tomada dentro da luz intestinal não excede de 4 a 16 cents. cubs. de água. Na obstrução dos colóns, contudo, a tensão dentro da luz intestinal poderá subir a 20 ou mesmo a 30 cents. cubs. (Wangesteen).
- 8) — Na obstrução por estrangulamento a côr da alça comprometida pode ser azulada, roxa ou escura, de acordo com as perturbações circulatórias ou necrose tissular.
- 9) — A parada da corrente venosa do intestino causa infarto hemorrágico parietal que produz descoloração das alças intestinais. A luz intestinal pode ficar cheia de sangue, enquanto que um transudato sero-sanguíneo invade a cavidade peritonal.
- 10) — A necrose anêmica, a gangrena e a perfuração podem aparecer.
- 11) — Quanto mais baixa fôr a obstrução menos perigosa será.
- 12) — Os gases da luz intestinal dilatada proveem de 3 fontes:
 - a) — 70 % mais ou menos destes gases são constituídos de ar deglutido.
 - b) — Outra porção deles provem da fermentação e putrefação locais.
 - c) — Finalmnte outra fonte é fornecida pela troca da corrente sanguínea.
- 13) — O líquido contido na alças intestinais resulta das secreções digestivas aumentadas devido a causas ligadas à distensão das paredes intestinais.

ILEUS PARALÍTICO

O ileus paralítico aparece, quasi sempre, durante as peritonites. Para a explicação do fenômeno não se deve esquecer a lei de Stokes: "*Todo músculo subjacente a uma serosa inflamada se paraliza*". O seu aparecimento, contudo, pode resultar de causas múltiplas: torção (estrangulamento) do cordão espermático, de um quisto ovariano, cólicas renais ou hepáticas, etc. Trauma-

tismo da coluna vertebral, das costelas, infecções retroperitonias, trombose dos vasos mesentéricos, doenças infectuosas (pneumonia, gripe, tifo, etc.) são outras tantas causas capazes de produzir o íleus paralítico.

Para Wangensteen a expressão "*ileus paralítico*" é má. Nesta afecção a parede intestinal, com efeito, não se acha paralizada, estando apenas a sua atividade inibida pela superatividade antagônica do simpático.



Fig. n.º 15: Tumor inflamatório do cecum. Pronunciado encurtamento do segmento cólico ascendente. Defeito de enchimento do cecum. Retardamento do trânsito do delgado: 20 horas após a ingestão do contraste ainda se observa presença de bário no íleon. Este se apresenta muito dilatado.

Quando esta última é abolida pelo bloqueio dos nervos esplanchnicos ou por intermédio da anestesia raquiiana, a parede intestinal acometida de íleus paralítico pode contrair-se.

As oclusões que aparecem poucas horas ou nos 2 ou 3 primeiros dias após as intervenções abdominais, de ordinário são oriundas do íleus paralítico em consequência de peritonite. A afecção compromete mais comumente o intestino delgado, e, de ordinário, todo o intestino delgado.

As alças intestinais fortemente dilatadas por gases e líquido de secreção mostram-se discretamente aglutinadas.

Na peritonite posoperatória hiperséptica o prognóstico é sombrio. Os métodos terapeuticos são quasi sempre falhos.

Ao lado de um tal estado de paralisia não se nota a presença da cólica intestinal, sintoma tão típico das oclusões mecânicas.

E' de importância salientar o fato de que nas oclusões provenientes do íleus mecânico posoperatório os sintomas surgem de ordinário muitos dias após a operação, como já frisamos. Com efeito, as aderências e as bridas exigem alguns dias para a sua consolidação.

ILEUS ESPASTICO

O íleus espástico fornece uma interessante modalidade de oclusão intestinal. No íleus biliar, por exemplo, a espessura do cálculo em geral não é suficiente para obstruir a luz intestinal. A obstrução só poderá ser explicada, nestas circunstâncias, pelo espasmo que cerra a parede digestiva contra o cálculo.

Tambem causas as mais variadas tais como vermes, corpos estranhos dentro da luz intestinal, alimentos tóxicos, traumatismo, histeria, cólica renal, tifo, etc., podem produzir tal modalidade de oclusão.

O mecanismo de tal tipo de obstrução, aliás, não está ainda bem explicado. Às vezes, tambem, alguns doentes apresentam oclusões subordinadas a fenômenos nervosos mixtos de espasmo e inibição da luz intestinal.

O íleus espástico em geral interessa mais os colons. E' um íleus dinâmico e, de ordinário, segmentar, mais ou menos circunscrito a uma determinada extensão intestinal.

Muitas vezes, é preciso que isto seja frisado, o diagnóstico diferencial entre íleus espástico posoperatório e íleus mecânico não é tarefa das mais facéis.

TROMBOSE DA MESENTÉRICA

O infarto intestinal oriundo da trombose da mesentérica é uma afecção gravíssima. Tal gravidade, contudo, é claro, guarda estreita relação com a séde do trombo. Se êste está localizado no ramo arterial principal o infarto é extenso, muito grave. Se, ao contrário, o trombo está localizado numa arteriola o infarto é pequeno, menos grave portanto.

A estase sanguínea da parede digestiva devido ao estado de congestão provoca secreção intensa que vai se acumulando na luz intestinal, o que explica a *dilatação hidroaérea das alças*.

A diarréia e o meteorismo observados no início de tal afecção tem origem neste fenômeno.

Na parede intestinal ou mais propriamente na submucosa desta ha ruturas vasculares. O edema da musculatura parietal então provoca o íleus paralítico.

As alças muito distendidas e de paredes muito espessadas mostram-se cheias de líquido muco-sanguinolento, dando, às vezes, sensação de tumores ao exame palpatório.

As escaras oriundas de focos hemorrágicos mais ou menos profusos produzem perfurações na parede intestinal, acarretando, em consequência, a peritonite.

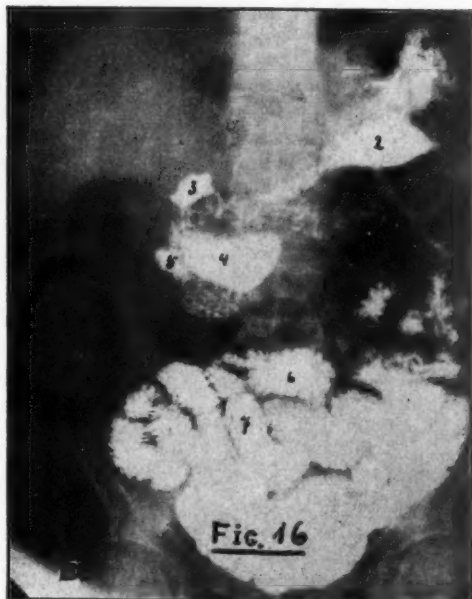


Fig. n.º 16: Radiografia tomada com o paciente em decúbito dorsal. Grande divertículo da 3.ª porção duodenal. A repleção do mesmo provocava transitória e momentaneamente compressão extrínseca da luz duodenal, acarretando sintomas de semi-obstrução intestinal. (2) Estômago, (3) bulbo duodenal, (4) divertículo, (5) duodeno, (6) e (7) alças do delgado.

A trombose da veia mesentérica está, às vezes, associada à infecção dos órgãos abdominais tributários da veia porta (Wangensteen).

A embolia é mais frequente do que a trombose da artéria mesentérica.

O quadro clínico da trombose da mesentérica pode ser confundido com a pancreatite hemorrágica e com o vôlvo do intestino delgado.

O diagnóstico é muito difícil, senão impossível.

* * *

Ao terminar a descrição das várias modalidades de íleus, não se deve esquecer de que os casos de obstrução intestinal não resultam apenas de um dos fatores atrás mencionados. O fator mecânico está ora associado ao fator espástico, ora ao fator paralisia. Tal associação pode ser mesmo bastante complexa, predominando, contudo, nitidamente, em cada caso de obstrução um dos fatores.

* * *

O abdomen agudo poderá surgir ora de modo momentâneo ou transitório, e ora de modo alarmante e definitivo, em harmonia com qualquer dos processos patológicos indicados na sinopse.

Faremos a descrição muito sucinta dos diversos processos patológicos, procurando focalizar a maior ou menor importância de cada um deles.

Antes de tudo, entretanto, é de fundamental importância o radiologista conhecer clinicamente, também, as afecções cuja sintomatologia, em determinadas circunstâncias, poderá simular o quadro do *abdomen agudo*. Entre as afecções que produzem o *falso abdomen agudo* estão a acidose, o infarto do miocárdio e outras.

* * *

Nem sempre, na descrição dos vários processos patológicos, seguir-se-á rigorosamente a ordem indicada na sinopse.

VÔLVO DO ESTÔMAGO

E' afecção rara. Se todo o estômago sofre o fenômeno da rotação temos o vôlvo completo. Se apenas uma porção do estômago roda sobre o seu eixo temos o vôlvo parcial.

Ha, segundo Haberer, citado por Feldman, dois tipos de vôlvo de estômago:

1) — *Vôlvo mesentérico-axial*. E' o mais comum. O estômago roda da direita para a esquerda em derredor de um eixo vertical que forma aproximadamente ângulo reto com a linha cárdia-piloro.

2) — *Vôlvo organo-axial*. Eixo de rotação formado pela linha cárdia-piloro. Estômago roda uns 180 graus.

O vôlvo poderá surgir secundariamente à hernia diafragmática, ao carcinoma do cárdia, aos tumores benignos do estômago, à frenictomia, etc. O relaxamento do ligamento gastro-frênico é apontado por Burns e Stephenson como outra causa. Nesta circunstância, haveria realmente ptose do estômago favorecendo a rotação do órgão.

VÔLVO INTESTINAL

Nem sempre o diagnóstico radiológico, na prática, é possível. Na maioria das vezes, o que aliás é de máxima importância, o exame radiológico apenas indica obstrução intestinal na região do vólvo. Outras vezes, contudo, principalmente quando o vólvo não é completo, a imagem radiológica é típica.

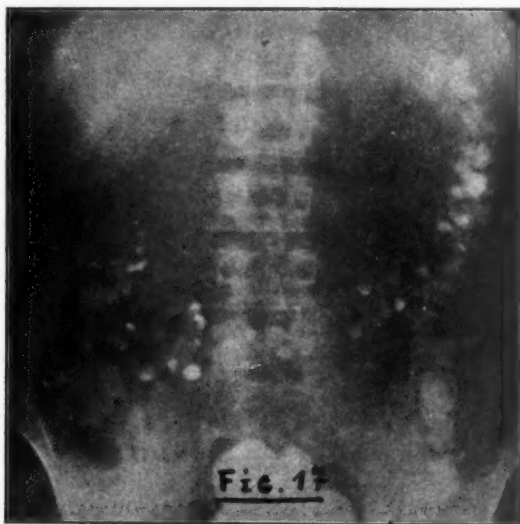


Fig. n.º 17: Diverticulose dos colons. Divertículos bem visíveis como pequenas manchas arredondadas, de contornos regulares, apenas à parede intestinal.

No nosso meio provavelmente a causa mais comum de vólvo intestinal, no adulto, é o *mega-dólico-sigma*. Os fatores que podem produzir o vólvo intestinal são, no entanto, múltiplos: *congênitos* (anomalia de rotação ou desenvolvimento anormal do mesentério), ou *secundários* a processos patológicos diversos (megacolon, tumores, etc.).

INTUSCEPÇÃO, INVAGINAÇÃO

A invaginação de um segmento intestinal em outro segmento é chamada *intuscepção*. Esta é doença quasi exclusivamente da criança, que ocorre em geral nos dois primeiros anos de idade. É afecção muito rara no adulto. Por outro lado, produz o tipo mais

comum de obstrução na infância. A região mais frequente de tal processo patológico é a região ileocecal. A porção terminal do ileon, numa extensão ora maior, ora menor, invagina-se no cecum e segmento cólico ascendente, através da válvula ileocecal, produzindo obstrução da luz do intestino.

A etiologia é múltipla. A intuscepção poderá ser *espontânea*, isto é, sem causa aparente, como acontece na maioria dos casos observados na infância. Outras vezes resulta da hiper-irritabilidade intestinal (diarréia, vermes, enterite, etc.). Ha casos em que a excessiva mobilidade do cecum ou do colon favorece a aparição de tal doença.

No adulto os tumores intestinais são a causa mais comum da intuscepção. Mais raramente tal afecção aparece secundariamente a divertículos do intestino.

COMPRESSÃO EXTRÍNSECA

A compressão extrínseca da luz do tubo gastro-intestinal por processos patológicos extra-digestivos é, às vezes, pronunciada, podendo, então, provocar obstrução intestinal.

Apresentamos três radiografias elucidativas. Uma delas representa um caso de tumor da cabeça do pâncreas produzindo compressão pronunciada do arco duodenal. Outra mostra a luz do intestino grosso angusta devido à compressão extrínseca de um grande tumor maligno do pâncreas. A figura 21 indica a compressão da última porção duodenal pelo *pedículo mesentérico*.

ADERÊNCIAS E BRIDAS POSOPERATÓRIAS

Sintomas e sinais clínicos de semiobstrução intestinal, tardios, em doentes que sofreram intervenções abdominais, fazem o médico suspeitar de aderências peritoniais.

O exame radiológico do trânsito intestinal é, então, necessário. As aderências peritoniais posoperatórias podem provocar acotovelamentos mais ou menos bruscos da luz do intestino e, portanto, distúrbios do trânsito. E' preciso frisar que os distúrbios produzidos por tais aderências podem ser de origem mecânica ou funcional, pois claro está que as bridas posoperatórias acarretam tanto modificações anatômicas quanto fisiológicas.

Radiologicamente a fixidez da porção intestinal suspeita, que pode apresentar alterações de fôrma, de contornos e da luz, são sinais que precisam ser pesquisados com atenção. A dor na séde da região suspeita, despertada pela palpação, quasi sempre está presente. Raramente, entretanto, o radiologista poderá conseguir imagens radiológicas elucidativas em tal afecção.

ACOTOVELAMENTO DE LANE

Tal afecção tão bem estudada por Martini e outros, produz sensível retardamento do trânsito intestinal. O exame radiológico é importante. O acotovelamento do íleon já nas proximidades da válvula de Bauhin pode ser bem observado aos raios X.

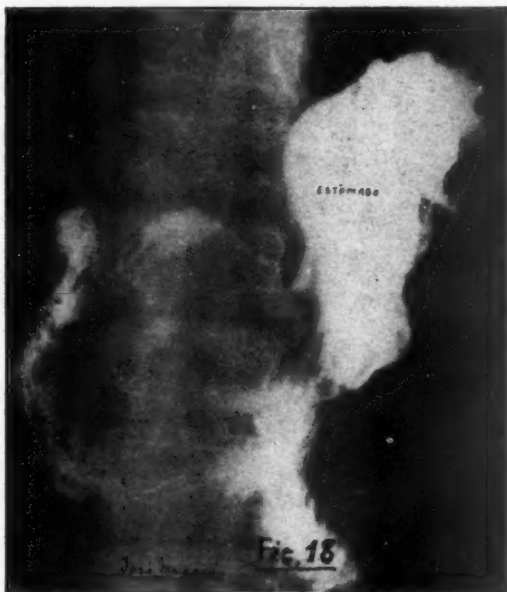


Fig. n.º 18: Pronunciada compressão extrínseca do duodeno por arcinoma da cabeça do pâncreas. Observar a abertura do arco duodenal, a deformação do antro gástrico, o desenho nítido, em alguns setores, das obras de Kirkring. (Dentro do arco duodenal podia-se palpar o tumor).

HÉRNIAS

A figura 10 representa um caso de obstrução intestinal por hérnia interna: grandes câmaras de ar na luz do delgado cujas alças, por isto, se encontram extraordinariamente dilatadas. Clinicamente a reação abdominal era pronunciada. Vômitos, etc.

A cirurgia mostrou que a porção terminal do íleon se achava estrangulada por hérnia interna.

A hérnia diafragmática é afecção rara. A figura 22 é um caso típico de hérnia diafragmática esquerda. Grande porção do tracto gastrointestinal passou, topograficamente, a ocupar a região do pulmão esquerdo.

ULCERA GÁSTRICA OU DUODENAL PERFURADA

Na úlcera gástrica ou duodenal perfurada o exame radiológico com contraste deverá ser contraindicado.

Apresentamos, no entretanto, na figura 6 um caso muito interessante e original. O doente procurou a *Santa Casa* já portador duma fistula abdominal que se abria na região umbelical. O doente dizia que pela fistula saiam diariamente, algum tempo após as refeições, restos alimentares. O exame radiológico efetivamente demonstrou tratar-se de uma úlcera duodenal perfurada na cavidade peritonial. Pela radiografia pode-se observar que o trajeto da fistula alem de irregular encerra a presença de uma dilatação cavitária bem visível.

A cirurgia mostrou, como se presumia, que tal imagem do trajeto da fistula resultava de focos de necrose nos tecidos contíguos, provocados naturalmente pela ação química do suco gástrico e, também, pela infecção secundária. O doente ficou inteiramente curado.

Casos como este em que a formação providencial de uma fistula altera tão favoravelmente o destino sombrio da vida periclitante do doente, devem ser muito raros.

ILEITE REGIONAL

Em 1932, pela primeira vez, Chron, Oppenheimer e Ginzburg individualizaram esta entidade clínica. Trata-se de um processo inflamatório granulomatoso cuja etiologia ainda permanece obscura.

Na séde do processo a parede intestinal torna-se espessada, mostrando mucosa ulcerada. A luz intestinal torna-se angusta, estenosada, fato este sobre o qual se baseia o exame radiológico.

A séde da doença comumente é a última porção do ileon, porem segundo vários autores (Bargen, Brown e Weber) outras porções do tracto intestinal, como o jejuno e o cecum, podem ser atacadas.

Não são raras as perfurações e as fistulas em comunicação com alças intestinais vizinhas. A peritonite ou a obstrução podem ser observadas.

Tanto clinica quanto radiologicamente o diagnóstico diferencial com a tuberculose ileocecal é difficil e, muitas vezes, impossivel.

O exame dos campos pulmonares indicando lesões do parênquima traz valioso auxilio ao médico em favor da tuberculose.

Entretanto, como se sabe, muitas vezes os campos pulmonares mostram ausência de lesões em atividade e a tuberculose

intestinal está presente. Cólicas abdominais, vômitos, febre, evolução crônica, eis algumas das características clínicas de tal doença.

Tivemos a oportunidade de examinar em 1941, na 1.^a ENF. CIR. DE HOMENS DA SANTA CASA, um caso que apresentava clínica e radiologicamente o quadro da ileite terminal. À radioscopia observamos estreitamento pronunciado da última porção do ileon numa extensão de 5 centímetros mais ou menos. O retardamento do trânsito era patente, pois 20 horas após a ingestão da comida



Fig. n.º 19: Defeito de enchimento permanente da luz intestinal à altura da flexura espleno-cólica provocada por compressão de carcinoma do pâncreas.

baritada o ileon dilatado a montante da estenose, ainda retinha contraste. Os campos pulmonares tinham transparência normal. O cecum nada de anormal apresentava.

Fizemos o diagnóstico provável de ileite regional. Operado o doente, o exame histopatológico da peça demonstrou tratar-se de *linfogranulomatose*. Acreditamos tratar-se de uma localização esporádica de tal doença.

TUBERCULOSE ILEOCECAL

Tanto a mucosa quanto a serosa do intestino podem ser atacadas. A doença alcança os folículos linfáticos provocando fibrose dos tecidos na vizinhança dos focos patológicos e dos vasos lin-

fáticos que guardam relação com estes últimos. Dêste processo de fibrose resulta a retração circular da parede intestinal. A estenose da luz intestinal é a consequência direta desta retração. Como já frisamos, o diagnóstico diferencial com a ileite regional nem sempre é possível. O diagnóstico diferencial da tuberculose ileocecal com a apendicite hiperplástica e o câncer viloso incipiente do cecum, é, também, em determinadas circunstâncias, difícil ou impossível. A história clínica muitas vezes auxilia sobremodo a conclusão do diagnóstico, embora nem sempre. O fenômeno de Stierlin, sinal radiológico que resulta de uma "*hipermotilidade circumscrita*" da parede intestinal, à altura do foco patológico e nas proximidades dêste, não é patognomônico da tuberculose intestinal, mas antes um sinal muitas vezes presente em vários outros processos patológicos do cecum (câncer, tumor inflamatório, etc.).

ÚLCERA ESTENOSANTE DO DUODENO, ACALASIS DO PILORO, CARCINOMA DA REGIÃO PREPILÓRICA

Quando o radiologista examina um doente portador de sintomas clínicos de semi-obstrução alta, crônica, (vômitos alimentares acompanhados de suco gástrico, etc.) e observa um estômago muito aumentado de volume, com líquido de estase, com atonia que às vezes se alterna com fases de hiperperistaltismo de estenose, e em que o contraste apesar-de manobras manuais, durante a radioscopia prolongada, não transpõe o piloro, então, em geral, para resolver o caso ele terá de tomar radiografias com intervalo de 2 em 2 horas, alternadas com outras tantas radioscopias, visando surpreender o tempo do esvaziamento gástrico e, também, a imagem da região prepilórica e do duodeno.

A estase gástrica mais comumente reconhece 3 causas: úlcera duodenal, carcinoma da região prepilórica e acalasis do piloro.

Ao contrário do que se poderia pensar à primeira vista, a úlcera assestada no piloro ou a úlcera da região prepilórica geralmente não produzem estenose pilórica. Tais úlceras comumente produzem abertura persistente e, às vezes, ampla do canal pilórico, favorecendo o esvaziamento acelerado do estômago.

A úlcera do bulbo duodenal, esta sim, produz muitas vezes estenose de maior ou menor intensidade. O carcinoma incipiente da região prepilórica provocando estase gástrica nem sempre é de fácil diagnóstico. O esvaziamento do conteúdo gástrico de estase por meio de sonda, antes do exame, em alguns casos, é necessário.

O diagnóstico de acalasis do piloro, por fim, é provável quando ao lado de um esvaziamento gástrico muito retardado (8, 10 e mais horas) a imagem radiológica mostra estômago e duodeno com ausência de lesão.

VERMES INTESTINAIS

Por duas vezes na 2.^a *Enf. Cir. Homens da Santa Casa* tivemos a oportunidade de presenciar o quadro clínico de obstrução intestinal devido a presença de áscaris na luz do delgado.

Em ambos os casos o diagnóstico clínico era "apendicite aguda". E, interessante, em ambos os casos o exame radiológico feito numa fase em que a crise abdominal aguda abrandara ou mesmo desaparecera, pôde indicar a presença de áscaris na luz do delgado.

Como se sabe, não é coisa muito rara, a laparatomia visando remover a suposta causa de um abdomen agudo, esbarrar com massas de áscaris obstruindo a luz intestinal.

CORPOS ESTRANHOS

O capítulo de corpos estranhos no tubo digestivo é cheio de curiosidades.

Ha tempos um doente da 2.^a *Enf. Cir. Homens da Santa Casa* apresentava o quadro típico de abdomen agudo: reação abdominal, cólicas, vômitos, etc. A anamnese nada esclarecia. Tratava-se de um psicopata.

A radiografia mostrou a presença dentro da luz intestinal de 5 pregos. Foi removida temporariamente a hipótese da cirurgia. O doente expeliu os pregos, cada um de 5 centímetros de comprimento, após uma refeição de piréia de batatas.

Outra vez (veja fig. 11), em caso de anamnese negativa, o exame radiográfico revelou a presença de um copo na sigmóide de um individuo que chegara a *Santa Casa* fingindo ser mudo. Clinicamente notava-se pronunciada reação abdominal. Tratava-se de um pederasta.

APENDICITE

O apêndice ileocecal normal deixa-se encher de contraste na maioria esmagadora das vezes. Não significa isto que o apêndice que não se enche de contraste esteja obturado por processo patológico.

Entretanto, se por meio de exames repetidos, não se consegue encher o apêndice, isto é sinal de que o mesmo é muito provavelmente anormal.

O apêndice normal pode encher-se e esvaziar-se várias vezes durante a passagem do contraste através do cecum.

Um apêndice que 24, 36 ou mais horas após a evacuação do contraste dos colons, ainda permanece visível aos raios X, deve ser considerado patológico.

O enchimento permanentemente irregular do apêndice pode provir de aderências, bridas, coprolitos, concreções, etc. Cabe ao radiologista elucidar, sempre que possível, a natureza do enchimento irregular de cada apêndice, tirando disto as conclusões necessárias.

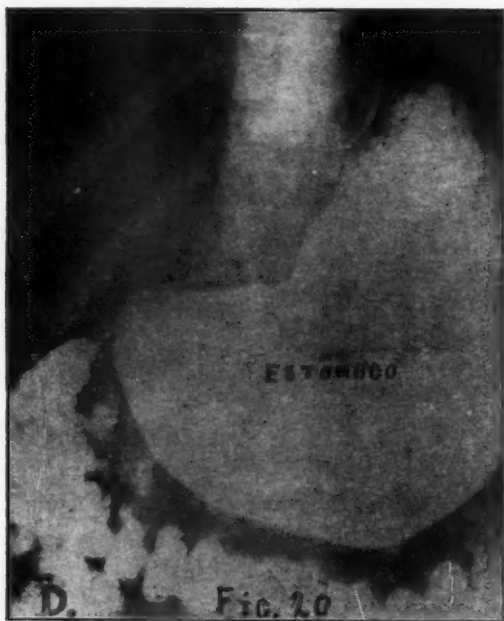


Fig. n.º 205 Úlcera duodenal estenosante. Grande dilatação do estômago que se apresenta atônico, com fases transitórias de hiperistaltismo de estenose.

O calibre, a forma, o comprimento, a posição, a mobilidade, a motilidade, a sensibilidade, etc., merecem a máxima atenção do radiologista durante a radioscopia.

A apendicite radiologicamente poderá também fornecer *sinais a distância* (sinais indiretos). O retardamento do trânsito do delgado é sinal bastante comum: o contraste permanece no íleon 14,20 ou mais horas após a ingestão da comida opaca. O espasmo do piloro e dos colons não é também coisa rara.

O abcesso apendicular poderá trazer sérios embaraços no campo do diagnóstico diferencial. A história clínica do doente, 44)

o tumor palpavel na fossa ilíaca direita, muito doloroso, o defeito de enchimento do cecum, o encurtamento sensível do colon ascendente, o fenômeno de Stierlin, etc., são elementos de grande valia.

DIVERTICULOS. NEOPLASIA

Os divertículos inflamados (diverticulite), no intestino grosso, produzindo a colite hiperplástica podem simular clinicamente o carcinoma. Quando sobreveem os sintomas de semi-obstrução,

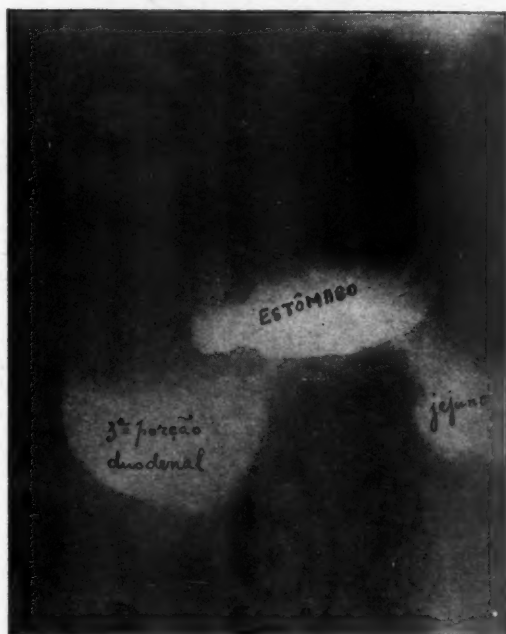


Fig. n.º 21: Dilatação pronunciada da 3.ª porção duodenal por compressão do pedículo mesentérico.

os distúrbios da defecação, as diarreias muco-sanguinolentas, e principalmente quando se palpa um tumor no abdomen a simulação poderá ser enorme.

As complicações das diverticulites (supurações, periclite hiperplástica, obstrução intestinal, etc.) que não são raras, trazem ao radiologista dificuldades concretas no terreno da diagnose.

No entanto, se clinicamente o diagnóstico diferencial é, às vezes, impossível, radiologicamente é quasi sempre, senão sempre, possível.

Os divertículos do duodeno podem, eventualmente, também, provocar sinais de semi-obstrução intestinal. A figura n.º 16 representa a radiografia de um doente portador de divertículo gigante da terceira porção do duodeno, divertículo que em repleção provocava transitoriamente sinais de semi-obstrução intestinal.

Quanto ao carcinoma do intestino grosso o diagnóstico radiológico é quasi sempre possível.

Quando o tumor faz saliência para dentro da luz intestinal surgem os defeitos de enchimento. A angústia, a estenose, os contornos denteados e irregulares da luz intestinal mostram-se claramente por intermédio do clistér opaco. O fenômeno de Stierlin pode estar presente.

O defeito de enchimento, a inextensibilidade, a rigidez ou falta de elasticidade da parede intestinal durante a repleção pelo clistér opaco, a ausência de bosseladuras normais no lugar infiltrado, o contorno intestinal fina e irregularmente denteado são outros tantos sinais radiológicos do carcinoma do intestino.

ESTENOSE DA NEO-BOCA

Nas gastrectomias parciais ou em outras anastomoses cirúrgicas interessando o tracto gastrointestinal, a angústia da boca anastomótica resultante de má técnica cirúrgica pode trazer distúrbios de obstrução requerendo nova intervenção reparadora.

O edema cirúrgico dos bordos da boca anastomótica é uma complicação eventual que poderá influir poderosamente, também, para a angústia da mesma. Os raios X esclarecem a particularidade e a necessidade de cada caso. O edema cirúrgico da boca não tem carater permanente, podendo ceder espontaneamente dentro de dias ou mesmo de horas.

A angústia da boca, se excessiva, exige intervenção imediata. Caso contrário, haverá certa adaptação: nestas circunstâncias, nas gastrectomias, a porção gástrica restante dilata-se progressivamente apresentando movimentos hipercinéticos que visam vencer o obstáculo existente, isto é, a estenose relativa da boca.

INVAGINAÇÃO DA ALÇA EFERENTE NA NEO-BOCA

Tal fenômeno quasi sempre decorre de defeitos da técnica cirúrgica. De ordinário, a porção da alça invaginada não ultrapassa 2 ou 4 centímetros. A imagem radiológica é quasi sempre caraterística: nas gastroenteroanastomoses, na zona da neo-boca, nota-se sob compressão moderada, a porção intestinal invaginada com as suas pregas de Kirkring muito nítidas devido ao edema local da alça.

HIPOPROTEINEMIA

Não são raros os casos de hipoproteinemia em indivíduos que sofreram grandes operações do tracto gastrointestinal.

O recém-operado portador de hipoproteinemia pode apresentar um quadro abdominal agudo em tudo semelhante ao da obstrução intestinal.

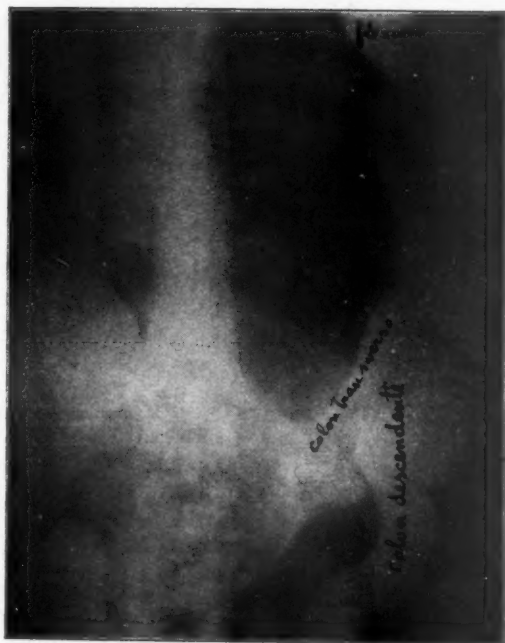


Fig. n.º 22: Hérnia diafragmática. Grande porção dos segmentos cólicos descendente e transverso, ocupa, topograficamente, o hemitórax esquerdo. (Gentileza do Dr. Arnaldo Miraglia).

O exame radiológico mostrando que a boca anastomótica está franqueável ao contraste é de importância absoluta.

A dosagem da proteína no sangue, por isto, deveria ser u'a medida regular no pré-operatório.

E' cada vez maior o interesse relativo à nutrição dos pacientes cirúrgicos devido à observação de complicações resultantes de distúrbios da nutrição. Thompson, Rhoads, Frank e Ravdin demonstraram que a hipoproteinemia dificulta sobremodo os processos da cicatrização. Cães mantidos sob dieta privada

de proteína mostram também, radiologicamente, um tempo de esvaziamento gástrico muito prolongado. Os operados hipoproteïnêmicos, também, apresentam um esvaziamento gástrico muito retardado, ao passo que mediante administração adequada de proteínas o esvaziamento gástrico far-se-à satisfatoriamente, como provaram as experiências de Ravdin, Stengel e Prushankin. Transfusões sanguíneas repetidas elevam a taxa de proteína, constituindo, portanto, um eficiente meio terapêutico para tais operados.

ACIDOSE POSOPERATÓRIA

A acidose em doentes recém-gastrectomizados, às vezes, também, simula a obstrução intestinal aguda. Portanto, é de grande importância que o cirurgião esteja com o espírito sempre alerta, pois tanto a hipoproteïnemia de que, aliás, já tratamos, como a acidose, podem acometer o doente na fase pos-operatória, simulando quadros abdominais agudos.

O *síndrome peritonial da acidose* tão bem estudado e descrito por Anes Dias, em certas circunstâncias é tomado facilmente pela peritonite aguda. Clinicamente, para o diagnóstico diferencial, a "sacaromicose bucal", quando esteja presente, é sinal de prestígio na acidose. Eructações, soluços e vômitos precoces, retenção urinária, etc., fazem parte do quadro clínico. O laboratório indicando o teor de reserva alcalina e o exame radiológico mostrando as condições funcionais da boca anastomótica, trazem valiosa e definitiva contribuição ao diagnóstico diferencial entre acidose e abdomen agudo nos recém-operados do tracto gastrointestinal.

CAVALGAMENTO, TORÇÃO, OBSTRUÇÃO DAS ALÇAS

Após as intervenções gastrointestinais visando anastomoses, podem surgir diversas complicações que ora independem totalmente dos métodos cirúrgicos adotados, e ora estão relacionados a erros de técnica operatória.

O cavalgamento da alça eferente pela aferente provocando obstrução mecânica é uma complicação relativamente rara.

Na figura n.º 8 apresentamos um caso interessante de semi-torção da alça jejunal, exatamente à altura da janela transmesocólica, num gastrectomizado. O doente 16 horas após a intervenção começou a soluçar. Os soluços foram seguidos de vômitos que apareciam com intervalos de 1 ou 2 horas. O exame radiológico mostrou pronunciada dilatação da porção gástrica restante e de todas as alças do delgado. O contraste não encontrou o menor obstáculo, ao transpôr a boca anastomótica. A poucos centí-

metros, contudo, à jusante da boca anastomótica, nota-se, durante a radioscopia, angústia pronunciada assim como semi-torção da alça jejunal. A intervenção cirúrgica veio demonstrar que tal ponto coincidia com a janela transmesocólica.

O ileus pos-operatório do caso em apreço era muito provavelmente a resultante de causas mixtas. O fator mecânico ou, talvez, o fator inibição, nascidos inicialmente do edema de parede ou de semitorção da alça, à altura da janela transmesocólica, somaram-se a outros fatores produzindo a sintomatologia clínica observada.

RESUMO

- 1) — O autor discute rapidamente o valor do exame radiológico nos casos de abdomen agudo, apontando as suas falhas e enaltecendo, por outro lado, as suas vantagens.
- 2) — Sintetiza o exame radiológico em duas grandes sinopses: uma contendo os sinais radiológicos fornecidos pelas chapas simples nos processos patológicos para cuja elucidação não ha meios de contraste; E outra agrupando os processos patológicos capazes de provocarem momentânea, transitória ou definitivamente o abdomen agudo, e para cuja elucidação, quasi sempre, o radiologista poderá usar os meios de contraste.
- 3) — Faz um estudo sucinto dos vários tipos de ileus, procurando sumariar os conhecimentos teóricos necessários para a interpretação dos complexos quadros radiológicos do abdomen agudo.
- 4) — Assinala o importante fato de que no desencadeamento do ileus, sem exceção, o mecanismo é complexo, agindo de ordinário não só um, porem vários fatores (inibição, espasmo, etc.).
- 5) — Diz que é de fundamental importância o radiologista conhecer clinicamente os processos patológicos extra-abdominais capazes de simularem o quadro de abdomen agudo.
- 6) — O trabalho é ilustrado com alguns esquemas e várias radiografias de processos patológicos que mais comumente se acham em harmonia com o desencadeamento do abdomen agudo.

SUMMARY

- 1 — The A. briefly discusses the value of the roentgenologic examination in cases of acute abdomen, pointing out its failure and emphasizing, on the other hand, its advantages.
- 2 — He synthesizes the roentgenologic examination in two synopsis: the first includes the radiological signs provided for simple X-ray films in pathological processes for which no contrast is used. The second comprises the pathological processes that can provoke an acute abdomen in a momentary, transitory or permanent way. In all these cases, the contrast is often employed.
- 3 — The A. studies, succinctly the various types of ileus and summarizes the theories that are necessary for the interpretation of the complex radiologic aspect of the acute abdomen.

- 4 — He points out the important fact that in the outbreak of the ileus, without exception, the mechanism is complex to which, generally, contribute, various agents (inhibition, spasm, etc.).
- 5 — It is fundamentally important for the radiologist to know, clinically, the pathological extra-abdominal processes that can simulate an acute abdomen.
- 6 — The exposition is illustrated by schemes and several X-ray pictures showing pathological processes which, generally, go hand in hand with the appearance of an acute abdomen.

PRINCIPAIS TRABALHOS CONSULTADOS:

- LAURELL, H. e WESTBORN, A.: Ein Beitrag zur Roentgendiagnose abgekapselter, intraperitonealer Eiteransammlungen. *Arch. für klin. Chir.*, 1927, 147 (pag. 593).
- VILLAFANE, E. P.: Las bases del diagnóstico radiográfico en el abdomen agudo. *R. Med. Lat. Amer.*, n.º 304, Jan. 1941.
- PAVLOVSKY, A. J.: Abdomen agudo quirúrgico. Editor: "El Ateneo", B. Ayres, pags. 427/433.
- RIGLER, BORMAN e NOBLE: Gallstone Obstruction (Pathogenesis and roentgen manifestations). *The J. Am. Med. Assoc.*, Vol. 117, n.º 21, nov. — 941.
- RAVDIN, STENGEL e PRUSHANKIN: The control of hipoproteinemia in surgical patients. *The J. A. M. Assoc.*, Vol. 114, n.º 2, jan. — 940.
- WANGENSTEEN, O. H.: Intestinal Obstruction (General Features of Intestinal Obstruction), no livro: "A textbook of Surgery" by american authors, edited by Frederick Christopher, 1937, pags. 1.197/1.227.
- TOLEDO, P. A.: O exame radiológico no abdomen agudo. *Separata de Arq. Cir.-Clin. e Experim.*, Vol. 3, n.º 3 — Jun. — 939.
- ZERBONI, E. R. e BARCIA, P.: La invagination de las ansas delgadas a través de la neo boca. *Arch. Urug. de Med. Cir. y espec.*, Tomo XIV — n.º 6, jun — 939.
- FELDMAN, M.: Clinical Roentgenology of the Digestive Tract W. Wood & Co., Baltimore, 1938, pags. 597/619.
- CAMPANARIO, M. A.: Considerações radiológicas sobre os tumores do cecum. *An. Paul. Med. & Cir.*, Vol. XVII, Agosto — 1941.
- CAMPANARIO, M. A.: Considerações clínico-radiológicas sobre os abscessos sub-frênicos. *An. Paul. Med. & Cir.*, respectivamente em Vol. XLIII, Maio, 942. Vol. XLIII, Junho, 942 e Vol. XLIV, Julho — 1942.
- CAMPANARIO, M. A.: Considerações clínico-radiológicas sobre o carcinoma do intestino grosso. *R. Cir. S. Paulo*, Vol. VIII, Jan. e Fev. de 943.
- CAMPANARIO, M. A.: O valor do exame radiológico nos tumores da cabeça do pâncreas. *An. Paul. Med. & Cir.*, Vol. XLV, Junho de 943.
- TESTUT (L.) e JACOB (O.): *Traité d'anatomie topographique*. Tome second. Editeurs — Gaston Doin & Cie. 1931, Paris.

**PHILERGON - FORTIFICA
DE FATO**

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 22 DE MARÇO

Presidente: Dr. Vicente Lara

Alguns aspectos da transfusão de sangue em pediatria — Drs. Vicente Batista e Rui Faria — Os AA. definem a transfusão, classificam os doadores em ocasionais, voluntários, efetivos e profissionais, segundo a doação é feita respectivamente por oferecimento, prontificação, compromisso ou espírito mercenário. Mostram os inconvenientes dos doadores ocasionais, tão usados em clínica pediátrica, quais sejam o de mais transmitirem doenças e provocarem reações. Analisam os riscos da transfusão de sangue, sanáveis por boa técnica e seleção rigorosa dos doadores e entram em considerações sobre as indicações principais de transfusão em pediatria, sobretudo no que se refere às perturbações nutritivas do lactente. Estudam minuciosamente os grupos sanguíneos e os subgrupos e entram em considerações

sobre o antígeno Rh, de Landsteiner e Wiener. A técnica da transfusão na criança é objeto de cuidadoso estudo, do qual resulta a importância do seio venoso longitudinal superior como via de introdução de sangue no lactente. A transfusão direta de sangue não-modificado, por via sinusal, é descrita e ilustrada por fotografias que atestam o emprego de um novo aparelho, registrado sob a marca "Ruyfar", de manejo muito fácil e seguro, aliado a uma grande estabilidade. As doses de sangue a empregar na criança são objeto de consideração, bem como a transfusão do plasma normal ou concentrado, partindo do plasma seco "Lyovac", de Sharp e Dohm. Finalmente, são abordadas as provas de compatibilidade direta, principalmente a de Mandelatemm, a prova cruzada americana (cross matching) e a prova de Jeanbrau,



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL. 4-8462

Hormohepatino Masculino

12 ampolas de 1 c. c.

*Soro homonico masculino activado com extratos hepáticos.***Hormohepatino Feminino**

12 ampolas de 1 c. c.

Soro hormônico feminino activado com extratos hepáticos.

mostrando o valor relativo de todas elas, como simples complemento que devem ser da prova de grupo, tida como a mais importante.

Comentários: Dr. Vicente Batista. — Como colaborador do trabalho sinto-me na obrigação de esclarecer certos pontos. Assim, sempre que o dr. Rui Faria falou em "um de nós", modestamente está se referindo a ele mesmo, e quando se refere ao transfusor "Ruifar", trata-se do aparelho de sua invenção que já está patenteado no Rio de Janeiro e que preenche perfeitamente os seus fins.

Dr. José Alves Corrêa — Apreciéi bastante o trabalho que nos foi apresentado pelo dr. Faria. Entretanto, ele afirmou que, quando se puncciona o seio longitudinal da criança, é necessário aspirar a seringa, para se saber se se está ou não no seio. Tenho feito grande número de transfusões em crianças, usando esta via e em todos os meus casos esta manobra não foi necessária, pois o sangue entra sozinho para dentro da seringa, sem nenhuma aspiração.

Dr. Uzeda Moreira. — O perigo da transmissão da sífilis pela transfusão sanguínea exige o diagnóstico de lues, que se pode obter pela reação de Migliano, cujo resultado, apresenta uma enorme vantagem, pois que permite fazer o diagnóstico rápido, evitando assim uma demora que poderia ser fatal, dadas quasi sempre as condições precárias da criança que vai receber o sangue. A reação do dr. Luis Migliano, que é uma reação de floculação de grande valor. Os resultados experimentais, realizados na Santa Casa, sob o controle e critica de Humberto Cerruti, deram um resultado muito favorável tendo os resultados conseguidos, em milhares de casos, concordado muito favorável com a reação de Wassermann. O tempo necessário para fazer tal reação, é no máximo de poucos minutos e aqui reside o seu grande valor prático e social.

Uma outra questão, é que li nos jornais de hoje, que no Estado de

Minesota nos Estados Unidos, foram lançados tests cutâneos (intradérmicos), para a determinação de grupos sanguíneos. Isto é uma questão muito interessante, e desejaria saber se o dr. Rui Faria tem alguma informação a respeito.

Quanto à transfusão de sangue propriamente dita, de um modo geral, a escola paulista foi sempre a pioneira. Já há tempo, Carlos Gama publicou no São Paulo Médico e mais tarde em um livro, a questão da via do seio longitudinal na transfusão de sangue na criança. Em São Paulo, houve, há tempo, um centro de transfusão de sangue sob a chefia de Peregrino, Gálo e Silveira, possuindo um corpo de doadores profissionais, muito bem organizado, atendendo dia e noite; estes doadores eram bem selecionados e imunizados contra várias moléstias. O aparelho usado neste Centro, era o Joubet.

Quanto à questão de aparelho, tivemos ultimamente conhecimento do Jab, do dr. José de Arruda Botelho que consideramos um aparelho muito prático e engenhoso, capaz de funcionar perfeitamente a contento, desde que se tenha alguns cuidados técnicos indispensáveis.

Dr. José Mauricio Corrêa. — Tive ocasião de ver praticar diversas transfusões em crianças usando a via do seio longitudinal, com o auxilio de apenas seringas comuns, adaptando-se entre a agulha e a seringa, um tubo de borracha, para permitir movimentos mais amplos do operador. Em mais de 200 casos que tive ocasião de observar, não houve nenhum inconveniente, tudo se realizando com relativa facilidade, dispensando completamente aparelhos especiais. Entretanto, o dr. Rui Faria frisou em sua conferência diversos inconvenientes quando não se usam aparelhos especiais para estas transfusões. Estes casos todos, foram com sangue citratado.

Dr. Vicente Ferrão. — Lamento profundamente que o dr. Faria se tenha detido tão pouco sobre a prática da introdução de sangue

intra-peritonealmente, pois tal prática era muito frequente até há pouco tempo entre nós. Alguns resultados máus, fizeram com que esta prática fosse afastada definitivamente e a meu ver, injustamente, pois creio que os insucessos destas transfusões, foram devido ao fato de se ter feito as injeções com demasiada velocidade, pois é sabido que esta não deve ser maior do que 1 cc. por minuto.

Dr. Osvaldo R. Souza e Silva. — No serviço do prof. Pedro de Alcântara, onde somos assistentes, temos feito grande número de transfusões em crianças, não sabemos ao certo quantas, mas no mínimo umas 300, fora as de nossa clínica particular, usando as seringas comuns, com intermediário de borracha, sem nenhum inconveniente. Temos tentado também trabalhar com o JAB, mas os resultados não têm sido satisfatórios, pois o aparelho requer veias mais calibrosas e uma maior colaboração por parte do receptor, o que em geral não acontece com a criança. Em hospital, onde há mais facilidade e boa enfermagem, ainda se conseguem bons resultados, mas penso que na residência, onde o doador é via de regra, pessoa da família e os que eventualmente nos auxiliam são pessoas sem experiência, a seringa com intermediário de borracha, é ainda o melhor método. Como disse, nos casos de hospital, onde temos tentado transfusões de 100 cc. com agulhas de 8/10. Mas na maioria dos casos, quer nos parecer, que a seringa resolve melhor o problema.

Dr. Gomes de Matos. — Quero dar o meu testemunho sobre a grande eficiência técnica do aparelho do dr. Rui Faria, o qual foi usado em nosso serviço, na Clínica Infantil do Ipiranga. Trata-se de um aparelho muito simples, tecnicamente bastante eficiente e além disso, de limpeza muito expedita, podendo-se, com o seu auxílio, realizar a transfusões sem perdas de tempo e com grande firmeza, em virtude de seus dispositivos especiais.

A propósito das vias de introdução de sangue, tenho grande experiência e acho que não se pode contestar que a melhor via é sem dúvida a venosa. Mas, quando esta se torna impraticável podemos perfeitamente lançar mão de outras vias e entre estas, a via peritoneal é bastante eficiente. Em nosso material infantil da Clínica do Ipiranga, que é péssimo, dos piores que procuram os hospitais infantis de São Paulo, temos muitos casos de pleno êxito com a introdução de sangue pela via peritoneal. Entretanto, repito, que não tenho dúvidas de que a via venosa é a melhor via para transfusão, ainda mais que apesar de tudo não se pode previamente reconhecer, em cada caso, a capacidade de absorção peritônio. Deve-se atentar para o fato de que a repetição das transfusões de sangue, pode ser prejudicial quando se usa repetidas vezes o via peritoneal.

Quanto a questão da rapidez da introdução do sangue pela via peritoneal, tenho injetado o sangue com bastante rapidez e não tenho notado inconvenientes imediatos a este respeito.

Dr. Vicente Lara. — Os Drs. Rui Faria e Vicente Batista bem podem avaliar o quanto interessante foi a sua dissertação pelos numerosos e variados comentários que ela despertou entre os colegas presentes.

Todos os tópicos de interesse primordial dos problemas que entendem com a transfusão de sangue na criança, tais como, as diretrizes fundamentais que a regem, suas indicações e contra-indicações gerais, sua técnica e as dificuldades que se têm a vencer foram abordadas com largo discortínio.

Curioso é o registro de quanto divergiram entre si, dentro de uma mesma sequência, os julgamentos, por parte da assistência, de alguns fatos estudados pelos oradores em sua excelente comunicação.

A via a ser utilizada e a transfusão peritoneal foram os itens que fizeram jús às maiores apreciações e quasi que, em campos opostos, colocaram-se alguns dos

comentaristas que expressaram a sua maneira de sentir. Ademais cumpre assinalar, como nota de grande importância, que os juízos emitidos são frutos de experiência e tirocinio pessoal o que, indiscutivelmente, lhes empresta um significado de especial relevância.

Sem dúvida alguma, a questão da técnica suscitou margem para que se travassem razões. Esta troca de opiniões nasceu, forçosamente, da maneira pela qual esta questão foi focalizada, uma vez que o desiderato maior da conferência visava tornar conhecido, em nosso meio, o aparelho de transfusão da inventiva do dr. Rui Faria.

A este pretexto, desejo congratular-me com o engenhoso inventor pela sua útil criação que veio pôr à disposição dos médicos em geral e, de modo particular dos pediatras, um aparelho de manejo tão prático e que, certamente, será de inestimável utilidade na faina quotidiana.

Levando em conta o quanto já se disse e desejoso de não me alongar muito, intenciono, apenas ajuntar algo ao duplo reparo que acabo de assinalar.

Embora não desconvenha que se utilize outras rotas conhecidas, afigura-se mais ponderado quanto à via de escolha que se eleja a veia mediana ou a safena. Pelo que vi, nos Estados Unidos, é esta última a que alcança maiores favores dos colegas ianques: — Dissecam-na, tendo fixado previamente o membro inferior em uma goteira, e a seguir processam a transfusão com toda a segurança e vagar que se fazem mistér. A massa sanguínea é, dessarte, transvasada em um ponto distante do coração o que constitui não pequeno mérito em razão de diminuir o risco de uma dilatação do coração direito.

Aliás, este processo tem tido larga aplicação na guerra atual, principalmente, quando os feridos têm de ser transportados das linhas de frente para os hospitais da retaguarda. Para que não haja perda de tempo e para que com isso não venham eles ter o seu es-

tado agravado, a transfusão de sangue é processada durante o percurso da baldeação, quer seja ela feita por avião, quer seja por trem ou mesmo por ambulância.

Tratando-se d'este assunto não seria improcedente lembrar que a técnica da introdução de sangue e outros líquidos na circulação através da medula óssea, ideada por um patricio nosso, Leandro Tocantins, assistente da Jefferson University, de Philadelphia, tem sido um dos recursos de que se têm valido, vantajosamente, os médicos do corpo de saúde da nação americana.

Com vistas à transfusão peritoneal, ao que me parece, é uma via que frequentemente claudica, embora, já se tenha comprovado que o sangue introduzido na cavidade peritoneal atua como se fora, realmente, transfundido. No entanto, são frequentes as referências, em literatura, de que em necrópsias de crianças, falecidas muitos dias após a injeção, o sangue introduzido era ainda encontrado na cavidade peritoneal. Estes repetidos achados impõem, naturalmente, restrição à utilização d'este recurso nos casos de urgência em que a luta pela sobrevivência imediata do doentinho seja decisiva.

Ocioso seria recordar que jamais se faz precindível a identificação dos tipos sanguíneos e que a quantidade de sangue a ser transfundida obedece ao mesmo critério que preside a transfusão intravenosa.

A julgar-se pela farta literatura do momento, afóra a questão do plasma, o tema, se o sangue deva ou não ser citratado, é o que mais empolga os pediatras estudiosos d'estes assuntos. Aquêles que são pelo sangue integral, isto é, não modificado, articulam que êle deve merecer a preferência, uma vez que o plasma e os elementos figurados são, de algum modo, alterados pela citratação. Esse por menor não deixa de ter especial significação, quando se tem em vista a reparação terapêutica de uma hemopatia ou de uma infecção. Enquanto em outros eventos, como no caso de uma hemorragia,

por exemplo, carece de importância qualquer escolha, pois, em tais eventualidades trata-se, meramente, de uma terapêutica de substituição do volume de sangue que se esvaíu.

Dr. Rui Faria. — Ao dr. José Alves Corrêa, creio que quando a criança está chorando (o que nem sempre ocorre) não há necessidade de aspiração do sangue com a seringa, pois o sangue estrará facilmente na mesma. Mas quando a criança está quieta, então só com a aspiração se poderá conhecer se se está ou não no seio longitudinal superior.

Ao Uzeda Moreira agradeço os comentários. A questão da reação do diagnóstico da sífilis feita rapidamente é muito interessante. Em nosso serviço temos usado como diagnóstico rápido, a reação de Migliano. Quanto às provas cutâneas para diagnosticar grupos sanguíneos, não existem. As que foram publicadas no *Journal of the American Medical Association* por Levine são provas alérgicas para prevenir reações a plasmoterapia.

Ao dr. José Mauricio Corrêa, devo dizer que não tenho experiência a respeito de transfusões com seringa pois só as tenho feito com aparelhos. Tenho entretanto, ouvido muitas queixas de colegas que não têm sido bem sucedidos com este método.

Ao dr. Ferrão, devo dizer que tenho pouca experiência a respeito de transfusões peritoneais; fiz até hoje apenas duas que foram bem sucedidas. Reconheço, entretanto, que há muitos riscos, como o de perfuração do intestino, peritonite, etc.

Ao dr. Osvaldo de Sousa e Silva, devo dizer que o Jab é um aparelho muito bom, mas tem um defeito, que é a falta de fixidez, que aliás é a mesma falha do Jubé, e isto pode produzir um deslocamento das agulhas.

Ao dr. Lara, quanto à questão do sangue ser ou não citratado, os autores aconselham que seja citratado, para que se possa fazer a transfusão intra-peritoneal com

mais calma. Quanto ao choque de velocidade, não creio que seja um perigo tão grande; há um exagero nesta apreciação. Quanto à questão do uso do seio longitudinal para a introdução de sangue, Garcia Oliver, na Argentina, o usa como via preferencial e nos casos em que a fontanela já está fechada, ele faz a trepanação, tal a preferência que dá a esta via.

Sinusites em crianças. Algumas considerações em torno do problema.

Dr. Jorge Fairbanks Barbosa. — O A. procurou explicar porque as sinusites infantis têm merecido devidamente, a atenção dos especialistas. Aponta a sintomatologia atípica, como principal culpada disso. Entra depois no terreno da anatomia e fisiologia das cavidades paranasais, com o fim de esclarecer alguns pontos de importância prática. Estuda a etiopatologia, e ocorrência, baseando-se nos dados colhidos no arquivo de otorrinolaringologia da Santa Casa, sob a direção do dr. Otoni de Rezende. Detem-se demonstradamente no estudo da sintomatologia encarando-a principalmente sob o ponto de vista pediátrico. Chama a atenção para as afecções brônquicas e para certas febres de causa ignorada que levam as crianças ao pediatra e que, muitas vezes, não passam de algumas das exteriorizações multiformes das sinusites infantis.

Na questão do diagnóstico, lembra todas as circunstâncias em que os pediatras devem pensar em sinusite, e insiste na necessidade da radiografia.

Depois expõe como se tem conduzido no tratamento de seus pacientes. Bate-se pelo tratamento conservador por meio da introdução de soluções de efedrina ou de efedrina e argirol, nos seios paranasais, segundo a técnica descrita por E. Lima. Em poucos casos, precisou recorrer a outras substâncias, como sulfamidas, bacteriófagos, locovacinas, etc. Mostra as suas preferências para a diatermia de ondas curtas. Insiste nas vantagens de alimentação rica em vitamina A.

Termina mostrando os ótimos resultados que tem obtido e ilustrando-os com a apresentação de chapas radiográficas, obtidas antes e depois do tratamento.

Em alguns casos, foi obrigado a recorrer à cirurgia, casos estes rebeldes ao tratamento conservador.

Comentários: — Dr. Uzeda Moreira. — Acabo de ouvir uma verdadeira aula sobre as sinusites infantis, cuja frequência eu pensava muito rara, tendo sido para mim uma surpresa a estatística do A. Desejava entretanto que o dr. Fairbanks Barbosa nos indicasse outros sinais pelos quais pudéssemos fazer um diagnóstico mais seguro da sinusite na infância uma vez que os sinais já são tão pouco numerosos em virtude das disposições anatómicas dos seios paranasais na criança. Quer me parecer que o único recurso é recorrer-se sempre aos raios X ante a quasi ausência de sintomas.

A respeito do tratamento o dr. Fairbanks Barbosa nada referiu a respeito das sulfamidas. Desejaria saber qual a sua opinião a respeito desta terapêutica tão em voga.

Dr. Roberto Oliva. — Acho que o dr. Fairbanks Barbosa, fez muito bem em trazer esta comunicação à Secção de Pediatria, pois que o número de crianças afetadas, é sempre maior do que pensamos. A nosso ver, há muita falta de diagnóstico, principalmente nos serviços de ambulatório, em que não há tempo suficiente para um exame mais demorado. Assim sendo, seria conveniente que todo pediatra nos casos de rebeldia no tratamento de pequenas febres, de corrimentos nasais, pensasse na hipótese de sinusite com o que se faria mais diagnósticos e se preveniria uma série de acidentes secundários concomitantes, como por exemplo bronquiectasias em virtude da chegada de muco dos seios ao brônquio. Além disso, o tratamento é muito simples e está ao alcance de qualquer pediatra. Apenas os casos, que exijam inter-

venção cirúrgica, têm necessidade de ser entregues a especialistas.

Dr. Pedro Badra. — Quero apenas fazer um ligeiro reparo em relação ao que foi referido às idades dos pacientes, que apresentavam sinusite. Os lactentes, e as crianças de tenra idade, não apresentam sinusite porquanto os seios não estão ainda formados e por esta razão não podemos relacionar os distúrbios parenterais com as sinusites. Desejaria agora saber em que idades o dr. Fairbanks Barbosa encontrou com maior frequência a sinusite infantil.

Dr. Vicente Lara. — O dr. Jorge Fairbanks Barbosa acaba de analisar, de maneira excepcionalmente feliz e de modo tão conciso quanto preciso, todos os aspectos significativos do problema da sinusite na infância.

Não se esqueceu ele de frisar que à sua existência se acha ligada, como repetidamente se tem identificado, uma série de estados mórbidos: brônquites crônicas rebeldes com crises paroxísticas de tosse, lembrando os acessos de coqueluche, bronchiectasia, asma, nefrite, doença reumatismal e diversas outras entidades de igual ou menor gravidade, que dificilmente podem ser erradicadas se não se atender à verdadeira causa por elas responsáveis.

Afiançam os especialistas norte-americanos que, em seu país, a sinusite na criança é tão encontrada quanto nos adultos. E, no Brasil, há quem afirme que, entre os adultos, seja ela até mais frequente que na Europa. Este ponto de vista foi, anos atrás, defendido, no Rio de Janeiro, por Antônio Leão Veloso, em artigo publicado na "Folha Médica", em fevereiro de 1937.

Tenho a declarar que pertenço ao número daqueles que acreditam que, em São Paulo, como alhures, as afecções do seio na criança são mais comuns do que geralmente se supõe.

A observação de serem poucas as publicações sobre este tema, justifica-se, de um lado, pela atenção dos otorinolaringologistas e dos pediátras ter convergido para

outros setores do campo comum à ambas as especialidades e muito especialmente, de outro lado, pela expressão sintomatológica descaracterizada e pela marcha clínica bastante diversa daquela que habitualmente se revestem os processos análogos nos indivíduos de idade adulta. A isso acresce a dificuldade não desprezível da inexistência de recursos inalienáveis para um diagnóstico seguro como seja, por exemplo, a fácil utilização dos raios X.

Ao meu julgar, portanto, se é praticamente desconhecida é porque é pouco pesquisada. Acredito mesmo que a pequena frequência do seu diagnóstico, entre nós, decorre, por razões econômicas, da rara utilização dos raios X para a sua evidenciação.

Na rotina diária o método empregado para a sua diagnose é o da transluminação. Este processo, de excelente préstimo entre os adultos, é, no entanto de insignificante valia na criança. A sua menor eficiência é justificada por não se ter completada, até então, a erupção dos dentes e o assoalho do maxilar achar-se ainda, relativamente elevado; fatores esses que se fazem responsáveis pela pouca opacidade dos ossos. Há aditar, a agravante de que o conteúdo do sinus acometido é constituído por uma secreção mucoserosa que, em razão de sua pouca densidade, projeta uma sombra mais difusa do que aquela que é peculiar ao adulto e que é estampada por uma secreção purulenta, espessa e menos translúcida.

Ao historiar as suas observações, adiantou-nos o dr. Fairbanks Barbosa, que a sinusite na criança é, em geral, considerada pelos autores como uma complicação comum às doenças infectuosas e, de modo mui especial, à escarlatina e que, todavia, em nenhum dos seus casos comprovou ser a escarlatina a causa etiológica.

Nós, pediatras, não temos grande dificuldade em interpretar esta aparente discordância. A nenhum de nós é estranha a assertiva de ser a escarlatina, em nossa Capital, uma infecção de evolução

muito mais benigna do que costuma ser nos países de clima mais frio. Tanto assim é que mesmo as complicações mais habituais, tais como, as adenites, otites e nefrites se não são peregrinas são, pelo menos, bem pouco assíduas. Pela mesma ordem de idéias é lícito chegar-se à conclusão igual em atinência à sinusite post-es-carlatina.

Discorrendo sobre o diagnóstico, ocorre-me referir que os mestres americanos dão relevo à alergia como fator etiológico das sinusites. Dean, que é uma das maiores autoridades entre eles, insiste muito em que se proceda, costumeiramente, ao exame das descargas nasais. Preleciona ele, que a presença de neutrófilos, na ausência de corpos estranhos nas fossas nasais, de ulceração ou de rinite atrófica é muito sugestivo de processo purulento. O encontro de grande número de eosinófilos invoca mais o diagnóstico de uma rinite alérgica. Quando os dois elementos se acham presentes é de admitir-se um processo duplo, isto é, uma associação de ambas as lesões. Faz ele ainda a ressalva de que o fato do número de eosinófilos não se achar elevado não exclue a rinite alérgica e, outrossim, que ocasionalmente na sinusite purulenta, quando o óstio se encontra angustiado, comprova-se que não se processa um aumento dos neutrófilos no material examinado.

Em relação ao tratamento, peço permissão para lembrar que, na América, vem sendo empregada recentemente, com notável e inegualável proveito, a sulfanilamida e seus derivados. As vantagens desta nova e valiosíssima arma terapêutica têm sido tão auspiciosas que Holt e Mc. Intosh não hesitam em afirmar que ela veio delimitar de muito a necessidade que imperava outrora de, em ocorrências iguais, acabar-se recorrendo inapelavelmente aos processos cirúrgicos.

Um ponto que, como tantos outros, foi tratado com muita oportunidade e precisão pelo dr. Fairbanks Barbosa foi o que se refe-

re à carência da vitamina A. na profilaxia das afecções do seio na criança. Houve ainda um mérito maior. Não se esqueceu o talentoso conferencista de enumerar as fontes de nosso meio, onde, de preferência, ela deve ser buscada.

Realmente os tratadistas americanos emprestam significação muito especial a este agente e nenhum deles deixa de transcrever em seus trabalhos e memórias, a par das normas de vida higiénica, regimes alimentares onde, ao lado de uma dieta perfeitamente equilibrada, se encontra uma quota generosa dessa preciosa vitamina.

Dr. Jorge Fairbanks Barbosa. — Agradeço antes de tudo as palavras dos colegas que mostraram grande interesse em torno do meu trabalho. Ao dr. Uzeda Moreira, devo acrescentar que o diagnóstico das sinusites está ligado a todos os processos de supuração nasal, salvo raras excepções; apenas a radiografia permite um diagnóstico seguro. Contudo na palestra que acabo de fazer, aponto as principais circunstâncias em que o médico deve pensar em afecção sinusal na criança. A questão da sulfanilamida, e sua aplicação na sinusite, é muito interessante. Acreditamos nos seus efeitos benéficos e temos mesmo lançado mão de seu uso em muitos casos; mas os nossos resultados só têm sido eficientes, quando se trata de sinusites francamente purulentas, quando há suspeitas de cárie-óssea. E' o que ocorre, por exemplo, nas sinusites odontogénicas. Não cremos, entretanto, na ação da sulfanilamida e derivados nas sinusites hiperplásticas, nas quais há indicação do uso de fatores que tragam a retração da mucosa

hiperplasiada. Nêstes casos a medicação de preferência tem que ser vasoconstritora. Uma associação interessante é a da ação aliada de medicamentos vasoconstritores com a sulfanilamida. Há, na praça, alguns preparados nesta condição.

Ao dr. Badra, devo dizer que, no nosso trabalho, estudamos o aparcimento da sinusite em idades inferiores a 13 anos. Não tratamos de recém-nascidos, nem de lactentes, nem tão pouco de crianças com menos de 4 anos. Creio que, simplesmente, porque êles procuram os pediatras e não os otorrinolaringologistas. Nos recém-nascidos, só se pode falar em rino-sinusite, porque os seus seios para-nasais têm ainda a forma de bolsas amplamente abertas nas fossas nasais. Fazem parte destas fossas. Não há sinusite própria mente dita.

Finalmente, quero agradecer ao dr. Lara as suas referências elogiosas ao meu trabalho. Quanto à questão da frequência, estamos convencidos de que as sinusites infantis ocorrem, entre nós, com uma frequência bastante grande, e os nossos dados ainda não estão completos a respeito. Quanto à questão da alergia, deve ter sido observada em grande número de casos, mas esta questão não foi muito estudada em nosso trabalho, porque não tínhamos meios de laboratório suficientes. Esta parte de laboratório, foi mesmo muito prejudicada em nosso trabalho, e o que conseguimos, foi feito em más condições técnicas. Na questão da sulfanilamida, repito o mesmo que já referi anteriormente; o seu uso se impõe nos casos em que há rinite purulenta profusa, pois neste caso se visa também combater uma osteíte.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLASTICA, EM 17 DE MARÇO

Presidente: Dr. Mário Ottoni Rezende

O ouvido na aviação — Dr. J. O. Rezende Barboza — O. A. fez um apanhado sobre o comportamento do aparelho vestibular dos

aviadores e passageiros de avião, demonstrando a excitação normal e anormal a que o mesmo poderá ser submetido nos diferentes tipos

de voo, o papel do mesmo na manutenção do equilíbrio geral do aviador, principalmente sua função no "sentido do vôo". Tratou, com detalhes das diferentes ilusões que o aparelho vestibular pode fornecer ao piloto e passageiros,

bem como da patogenia, profilaxia e tratamento do "mal do ar". Finalmente fez a apologia do "vôo cego", do vôo dirigido pela aparelhagem de bordo, indicando a necessidade do ensino do vôo cego nos cursos pré-solo.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Ariovaldo de Carvalho

Aspectos anatomo - patológicos do impaludismo — Dr. W. E. Mafei. — O A. escolheu esse título para a sua comunicação pelo fato do impaludismo não determinar propriamente lesões no nosso organismo, que lhe sejam peculiares, pois, os órgãos comprometidos nessa moléstia apresentam como característico fundamental a alteração da cor determinada pela hemo-melanina do parasita. Isto quer dizer que, se pudessemos lavar esses órgãos, de modo a retirar-lhes o pigmento, a necroscopia e o estudo microscópico não dariam nenhuma indicação que permitisse elucidar o caso. Além disso, as três variedades de impaludismo — *terça benigna*, *maligna* e *quartã* — apresentam-se com o mesmo aspecto nos mesmos órgãos, embora a *terça maligna* possa afetar também outros que não o são nas outras duas; por conseguinte, a anatomia patológica não dispõe de elementos para distinguir as três formas do impaludismo; como, porém, o "*Plasmodio falciparum*", agente da *terça maligna* se pôde instalar em outros órgãos que as outras duas variedades de *plasmódio* não atingem, é possível nos casos em que isso se verifique, estabelecer o diagnóstico de *terça maligna* por esse caráter, mas não pelo tipo de lesão.

O aspecto varia conforme se trate do surto agudo ou da forma crônica. Em ambos os casos, porém, o baço constitui o órgão que mais atrai a atenção, como aliás acontece também sob o ponto de vista clínico. Compreende-se este comprometimento eletivo do baço, sabendo-se que se trata dum órgão, cuja estrutura princi-

pal é retículo endotelial, participando portanto das propriedades desse sistema, uma das quais é a fagocitose. No surto agudo, esse órgão aumenta de volume, mas não atinge grandes dimensões: de 12 cm. de comprimento, que mede normalmente, atinge 16 ou 18 cms; seu peso duplica, alcançando 350 grs. A cápsula se apresenta muito tensa e lisa; a consistência é firme. A superfície de corte é de cor castanha mais ou menos carregada, às vezes até negra.

O exame histológico mostra, então, notável congestão dos seios venosos, vendo-se a maioria das hemátias parasitadas cujos parasitas encerram um ou mais pontos negros de pigmento. Conforme a duração da moléstia pôde-se mesmo encontrar pigmento fagocitado por células histiocitárias.

O fígado também é atingido, apresentando-se volumoso, de cor castanho-escura ou castanho-esverdeada que, histologicamente, se verifica ser devido aos capilares abarrotados de hemátias parasitadas pelo *plasmódio* com o respectivo pigmento no 1.º caso e, no 2.º caso, acrescenta-se também icterícia.

O exame da medula óssea, mostra-a de cor cinzenta escura e, ao microscópio, os seus capilares também cheios de hemátias parasitadas, cujo pigmento do *plasmódio* lhe dá a cor cinzenta.

Os demais órgãos apresentam-se também com sua cor alterada pelo acúmulo de hemátias parasitadas nos capilares somente na *terça maligna*, cujo agente — o "*Plasmodio falciparum*" — tem especial tropismo pelos capilares dos órgãos profundos. Verifica-

se, então, a cor cinzenta ou castanha na mucosa do estômago, suprarrenais, rins, pâncreas e cérebro, cujo exame microscópico demonstra os capilares abarrotados de hemátias parasitadas com o respectivo pigmento. Em casos acentuados, esses órgãos oferecem a cor chocolate. Este aspecto tem importância sobretudo no encéfalo, pois constitui o substrato do coma palúdico. A cor, porém, é alterada apenas na substância cinzenta, que é mais rica em capilares, contrastando nitidamente com a substância branca. As hemátias parasitadas podem determinar embolias nos capilares, donde resultam pequenas hemorragias sob a forma de petéquias, que se apresentam ao microscópio como uma coroa de hemátias em torno dum capilar, figura esta imprópriamente denominada de granuloma malárico, pois, como se acabou de ver, não é um granuloma e sim um pequeno foco hemorrágico. Idênticas embolias são encontradas também nos vasos da retina.

Nas outras variedades de impaludismo agudo — terça benigna e quartã — o indivíduo pode apresentar sintomatologia cerebral, como delírio, estado confusional, etc.... mas estes fenômenos não dependem da presença do parasita no órgão e sim de ações tóxicas sobre as células nervosas que, ao exame microscópico se apresentam com a tumefação aguda.

O mesmo acontece com a albuminúria verificada nestes casos, que depende duma inchação turva dos títulos renais, isto é, da nefrose albuminóide.

No paludismo crônico, o aspecto, é bem diferente: o baço e o fígado são também comprometidos eletivamente, caracterizados pela cor castanho-escura ou mesmo negra. O baço pode-se apresentar muito maior, pesando até 1.500 grs.; a sua cápsula é espessada e com aderências; a consistência é dura.

O exame histológico mostra, então, os cordões de Billroth espessos, por proliferação das células

histiocitárias e grande aumento das fibras reticulares; os seios venozos são dilatados e contêm no seu interior células histiocitárias carregadas de pigmento, o que aliás é visto também nos cordões da polpa esplênica.

No fígado, as células de Kupfer é que se mostram carregadas de pigmento, enquanto as células hepáticas exibem apenas processos degenerativos, como a esteatose; em certos casos pode-se ver também a presença de pigmento biliar no seu interior.

Nos casos datando de muito tempo, a pele também assume coloração bronzada, devido à presença do pigmento malárico nas células histiocitárias da derma.

O pigmento malárico, hemomelanina, não oferece caracteres morfológicos específicos; por isso, na prática histológica, o seu diagnóstico é feito por exclusão; o pigmento malárico é dissolvido pelo amoníaco, o que não acontece com a hemosiderina, nem com a melanina; e não dá a reação do azul da Prússia, de Pearls, como a hemosiderina.

Considerações sobre a transmissão da malária — Dr. A. L. Ayroza Galvão. — O autor abordou a questão da transmissão da malária sob o triplice aspecto do homem doente, como fonte de infecção, do anofelino vector e do homem sã.

Quanto ao homem doente focalizou principalmente a questão da quantidade de gametócitos necessários para a infecção, muito menor do que a princípio se admitia; da infectividade dos mesmos, muito variável com os indivíduos; e da precocidade do seu aparecimento, nas infecções primárias, que pode ser desde o início do aparecimento dos primeiros trofozoitos no sangue periférico, conforme demonstraram Boyd e colaboradores. Estes fatores variam com as diferentes raças, pelo menos para *P. vivax*. Foi evidenciada a grande significação epidemiológica dos gametóforos apiréticos ou de manifestações frustas da moléstia.

Quanto aos transmissores, foi assinalado o fato de quasi todos os anofelinos se infectarem com os plasmódios humanos em laboratório. Todavia, alguns dêles se infectam em maior percentagem, que pode assim ser índice da susceptibilidade de cada espécie. Na natureza os bons transmissores são aquêles que mais se aproximam do homem pela tendência a sugar o seu sangue — antropofilia — e pelo hábito de penetrar nas habitações — domesticidade. Assim a infectividade de uma espécie pode ser expressa pela seguinte equação: Infectividade = antrofilia + domesticidade + susceptibilidade + densidade.

Menciona a influência de fatores meteorológicos sobre o desenvolvimento dos anofelinos, como explicando, em certos anos, o aumento da malária.

Analisa as principais espécies vectoras entre nós, sob os diferentes prismas da equação acima mencionada. As principais são "A. (N.) darlingi, A. (N.) arbitarsis domésticas, A. (N.) tarsimaculatus, A. (N.) cruzi". Este último, um bom transmissor, no litoral Sul do País, se criando na água coletada na base das folhas de bromeliáceas, de que são tão ricas nossas árvores nesta região.

Quanto ao homem são, chamou a atenção para os numerosos núcleos de população recém-abertos, onde seus habitantes, em grande número, não tendo antecedentes maláricos, não são protegidos por uma imunidade relativa, o que ocasiona grandes epidemias. Chamou a atenção, também, para o fato de imunidade se fazer sentir contra as raças homólogas de uma mesma espécie de plasmódio, o que explica o fato de gametóforos provenientes de fora, virem trazer um desequilíbrio em região de baixa endemicidade, em que durante anos sucessivos não houve movimentos migratórios, gerando, assim, epidemias.

Alguns dados sobre a malária na cidade de S. Paulo. — Dr. Silvio J. Grieco. — O A. discorreu

longamente sobre o assunto tratando minuciosamente das causas da moléstia no município de São Paulo. A conferência foi ilustrada com gráficos e quadros demonstrativos.

Comentários: Dr. Abel Vargas. — Como um sanitarista amador e pouco familiarizado com a anatomia patológica desejo que o dr. Maffei me informe se é possível encontrar-se em autópsias de impaludados, o esquizonte.

Dr. Uzeda Moreira. — Ao dr. Airoso Galvão, lembro que, na Itália, há regiões que possuem malária endêmica, há anofelinos mas não há transmissão da malária. Como se poderia explicar este estado de cousas aparentemente absurdo? Há alguns anos tive ocasião de ler um trabalho sobre a possibilidade de malária sem anofelismo. Desejaria que também sobre esta questão o dr. Airoso prestasse algum esclarecimento. Outro ponto, sobre o qual desejo também algum esclarecimento, é o possível valor prático epidemiológico, que poderá haver na transmissão da malária do macaco para o homem e vice-versa.

Dr. Mauro Pereira Barreto. — Desejo felicitar o dr. Maffei, pela sua bela palestra e fazer ao mesmo tempo, uma pergunta. Nefrites maláricas têm sido descritas. Entretanto quer me parecer que este processo não passa de uma nefrose, aliás comum a quasi toda as infecções agudas. Assim sendo, desejava saber se os processos de nefrite descritos não seriam fenômenos intercorrentes, sem relação alguma com a malária.

Com relação ao granuloma malárico do cérebro, o dr. Maffei afirmou que não se trata de um granuloma verdadeiro e que além disso, pode ocorrer em qualquer região do organismo. A propósito tive ocasião de ver, nos Estados Unidos, durante o Congresso da American Society of Tropical Medicine, um film colorido sobre a circulação nos capilares do peritônio de macacos infectados, pelo P. Knowlesi, no qual se podia ver perfeitamente a formação de ver-

dadeiros trombos parasitários e de hemorragias subsequentes.

Dr. Abel Vargas. — Quanto ao limite de voo que o dr. Airosa deu para o anófele como sendo de 500 metros, tenho uma observação a fazer, pois já encontrei anófeles que ficou provado terem voado cerca de 4.000 metros. Cumpre notar entretanto, que nestas circunstâncias, os mosquitos foram ajudados pelo vento.

Outro fato que tem importância e deve ser levado em consideração quando se estuda a transmissão da malária, é a densidade do vector, levando-se entretanto em consideração não a sua densidade absoluta, que não tem grande importância, mas sim a densidade relativa.

No que se refere à modificação do ambiente, isto tem grande valor quando se estuda a epidemiologia da malária. Tenho tido oportunidade de verificar que em casos de modificação de ambiente, a densidade que era de 39% caíra certa vez para 0% para o que bastou que se fizesse uma destinação.

O dr. Grieco, falou sobre as relações do represamento da água e o aparecimento da malária. Entretanto, na represa de Sorocaba, construída há quasi 50 anos, não apareceu malária, até que em 1914, por ocasião da construção de uma estrada de rodagem nas redondezas, apareceu uma epidemia bastante mortífera. A propósito deste caso, desejo que o dr. Grieco nos dê uma explicação.

Dr. João S. Miranda. — Quero apenas realçar que as observações conseguidas pelo dr. Grieco sobre a malária em São Paulo, foram feitas durante um período de exacerbação, isto é, em 1941. Desejo saber portanto se o dr. Grieco fez alguma observação no decorrer de 1942, quando houve entre nós um declínio de infecção malárica.

Dr. João Alves Meira. — Desejo fazer apenas um breve comentário à excelente exposição do dr. Maffei. Ele afirmou ser impossível o diagnóstico de espécie nos preparados histológicos. Pergunto se

não é possível reconhecer nos preparados histológicos os gametócitos do "*Plasmodium falciparum*", o que resolveria a questão do diagnóstico específico. Depois, desejo salientar que o dr. Maffei afirmou não ter a malária uma anatomia patológica e por mim ele acabou descrevendo e brilhantemente o quadro de uma retículo-endoteliose que é como se caracteriza anatomopatologicamente a infecção malárica.

Dr. Valter E. Maffei. — Quanto à pergunta do dr. Vargas, devo dizer que na forma aguda, o esquizonte é encontrado em todos os órgãos, e daí a sua cor castanha escura. Este fato se passa mais na terçã maligna, em que se pode verificar hemátias parasitadas e parasitas fora da hemátia em quantidades abundantes. Este último fato, entretanto, pode ser um artefato de técnica apenas.

Ao dr. Mauro Pereira Barreto, devo dizer que em minha exposição esqueci de fazer referência à nefrite observada nos casos de impaludismo. De fato, na terçã maligna, há albuminúria e hematúria, mas não há aumento da tensão arterial. A albuminúria é fácil de ser compreendida, pela nefrose que se instala, a hematúria, pôde ser explicada por uma embolia dos glomérulos extravasamento das hemátias.

Ao dr. Meira, devo dizer que expliquei em minha palestra, que me ia referir apenas às lesões causadas pelo plasmódio nos diferentes órgãos. Lesões, de fato, não existem pois todo o aspecto anátomo-patológico é dado pelo pigmento, tanto assim que se conseguíssemos lavar o baço, iamos encontrar uma esplenomegalia comum. Quanto à presença do parasita em preparados histológicos, tenho-o procurado bastante, mas nunca vi, pois a única cousa que se pode observar, é o seu pigmento. E' por este motivo que na maioria das vezes, quando se fala em anatomia patológica da malária, só estamos nos referindo à terçã maligna, pois só o seu agente "*P. falciparum*" é pigmentado sem segredar.

Dr. Airosa Galvão. — Quanto ao fato referido pelo dr. Uzeda Moreira de que, em certas regiões da Itália, há anofelinos e não há malária, embora aí sejam introduzidos gametóforos, pode ser explicado, tendo em vista a biologia destes anofelinos, que não se alimentam de sangue humano, não tendo portanto, antropofilia. Assim fica explicado aquele fato. Aliás é o que se passa em nossa Capital com o "A. albitarsis", que só transmite a malária em laboratório, em condições experimentais, portanto.

O valor prático dos estudos de malária em macacos, é muito grande. Em primeiro lugar, isto torna possível o estudo das reações que se produzem nos macacos, que são muito semelhantes às do homem, o que permite o estudo das reações de imunidade, de desvio do complemento, anatomia patológica, evolução do parasita no organismo etc.

Quanto à questão da aparente existência em certas localidades de malária sem anofelismo, pode ser explicada pela mobilidade extrema do "darlingi" que, depois de espalhar a malária em uma região, muda rapidamente de lugar, de modo que quando chegam os investigadores, só encontram a malária e nenhum transmissor.

Ao dr. Vargas, devo dizer, que a capacidade de voo, de fato é para os anófeles bastante variável, mas eu me referi apenas à sua capacidade de voo útil, em relação à transmissão da malária.

Quanto às modificações de terreno, por exemplo, a desnatação, causando a extinção dos "darlingi", é cousa que deve estar ligada à necessidade que suas larvas tem de sombra e já tem sido verificada várias vezes, por investigadores patricios, entre os quais,

Barreto, Dácio do Amaral, Renato Corrêa, Grieco e outros. Assim é que no nosso Estado o "darlingi" prefere o ambiente semi-sombreado enquanto no Norte, (como verificamos em Belém), eles podem-se criar ao sol, sem nenhuma proteção. Portanto, a disseminação da malária tem como um fator de grande importância, a modificação do ambiente.

Dr. Silvio Grieco. — Agradeço ao dr. Vargas as suas palavras ao meu trabalho. Já conhecemos o seu grande valor como malariologista e assim ficamos bastante satisfeitos em ver que ele concorda conosco ao considerar o "darlingi" o principal causador da epidemia de malária em São Paulo. Quanto à questão de Sorocabana, o "Anopheles darlingi", nela existe e em hábitos intensamente domiciliares. Não fiz estudos lá e não sei qual o motivo ou motivos do aparecimento da malária naquela região.

Ao dr. Miranda devo dizer que de fato, existem diversos AA. que se referem a epidemia em intervalos fixos de 5 em 5 anos, tendo sido, mesmo este ciclo, observado no Paraná, segundo Barros Barreto. Aqui em São Paulo entretanto, parece que isto não se observa, pois que tivemos uma epidemia em 1939, 1940 e 1941, seguidas. Quanto às observações feitas em outros anos sem ser 1941, isto é nos anos de 1942 e 1943 não foram feitas devido a falta de gazolina o que aliás seriam muito interessantes, pois é de grande importância se conhecer a existência de possíveis focos de resistência do A. darlingi, além do estudo que se deveria fazer em anos pouco favoráveis à malária como se mostrou 1942 e como se está mostrando 1943.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MARÇO

Presidente: Dr. Ariovaldo de Carvalho

Aspectos clínicos da esquistossomíase mansoni. — Dr. João Alves Meira. — O A. apresenta e faz em seguida considerações de

propósito de 6 casos de esquistossomíase mansoni por ele selecionados entre 80 observações que possui no seu material de estudo.

Com os referidos casos o A. teve em vista focalizar os principais tipos clínicos da doença salientando além disto o aspecto evolutivo da parasitose. O 1.º caso era o de uma forma inicial ou toxêmica em que o sintoma dominante foi a febre. O 2.º caso dizia respeito a um indivíduo com sintomas intestinais muito intensos e que o diagnóstico de esquistosomose retal (polipo) foi feito clinicamente e comprovado por biópsia.

Reportando-se a seus estudos anteriores o A. chama novamente a atenção para a raridade dos polipos nos seus pacientes pois que este foi o primeiro que teve ocasião de observar. No 3.º caso se tratava também de uma forma intestinal (colite) de esquistosomose. Após a cura clínica e parasitológica verificou que a recorrência dos sintomas estava ligada a uma infecção por "Endamoeba histolytica", protozoose que anteriormente havia sido convenientemente excluída. O 4.º caso constituiu um exemplo de cirrose hepática hipertrófica, esplenomegálica, no primeiro período, causada por "Schistosoma mansoni". Depois do fracasso da terapêutica médica o doente foi submetido à esplenectomia com resultado satisfatório e que se mantém cerca de 2 anos após a operação. O 5.º caso representa um exemplo de uma cirrose hepática esplenomegálica descompensada. O tratamento médico trouxe o desaparecimento da ascite e melhora do estado geral do paciente. Houve entretanto uma recrudescência da esquistosomose retal concomitante. Finalmente o 6.º caso exemplifica o grau mais avançado da moléstia, isto é, uma cirrose atrofica do fígado com esplenomegalia, ascite e intensa anemia agravada por copiosas hematemeses.

A propósito de todos os casos o A. fez considerações sobre o diagnóstico, forma clínica e terapêutica. Todas as observações foram documentadas com dados de laboratório e exames subsidiários elucidativos.

(76)

Em vista da extensão da matéria discutida não foram consideradas outras possíveis localizações do parasita ou de seus ovos, ficando o estudo clínico destas últimas para outra oportunidade.

Comentários. — Dr. Uzeda Moreira. — Desejo apenas fazer uma pergunta: é possível a realização de uma reação de desvio de complemento de uma intradermo-reação para diagnóstico da esquistosomose? Isto sendo possível, uma vez dando negativo o exame de fezes após o tratamento, estes exames serviram para confirmar ou não a cura, uma vez que o exame de fezes, é um exame relativo que, conforme a fase em que se encontra o ciclo evolutivo do Schistosoma pode ser negativo ou positivo, de modo que não sirva para confirmar ou infirmar a cura.

Dr. Ariovaldo de Carvalho. — O A. expôs de maneira muito feliz o assunto, apresentando vários casos em estado variável de evolução, de modo que num simples apanhado, ficamos a par dos mais variados quadros clínicos da moléstia. Em segundo lugar, quero chamar a atenção para a importância da entidade nosológica que apresenta esta moléstia entre nós. Devido à grande importância da imigração nordestina entre nós atualmente, há necessidade de os clínicos estarem com o espírito atento para o diagnóstico desta moléstia que se está tornando mais frequente em nosso meio em virtude deste fato. Uma outra questão interessante é a ausência de esplenomegalia no segundo caso apresentado, que é justamente uma das formas clínicas mais resistentes ao tratamento. Na enfermaria do prof. Almeida Prado tivemos um caso que foi mesmo motivo para uma das aulas do prof. Almeida Prado, tal o interesse que ele apresentava. Trata-se de um doente com esplenomegalia muito acentuada, e que, a certa altura da evolução da moléstia, teve um derrame hemorrágico da pleura, que, após várias punções, se foi tornando mais claro, desaparecendo por fim. Um mês depois, teve

outro derrame também francamente hemorrágico. Não tenho conhecimento de nenhuma correlação que possa haver entre o hemotorax e as formas adiantadas da esquistosomíase. Outra questão de interesse, verificada também anátomo-patologicamente, é que o baço é o primeiro órgão de ataque dos parasitas enquanto o fígado só é atacado secundariamente.

Dr. João Alves Meira. — Respondendo os comentários dos colegas tenho a dizer, primeiramente ao Dr. Uzeda Moreira, que não conheço o valor da reação de desvio de complemento no diagnóstico da esquistosomíase; posso informar entretanto que, à reação de Fairley ou intradermo-reação é atribuída grande especificidade; o antígeno é preparado com caramujos infectados do gênero. "Australorbis". Trata-se entretanto de uma reação difícil de ser praticada, em nosso meio, por falta dos hospedeadores intermediários infectados. Não temos nenhuma experiência sobre o assunto, mas ainda pretendemos nos ocupar dele, logo que nos for possível obter material adequado. O antígeno preparado com a "Fasciola hepática" tem sido empregado por outros autores mas os resultados e opiniões são discordantes.

Ao dr. Ariovaldo de Carvalho desejo agradecer primeiramente a sua apreciação ao nosso trabalho. Efetivamente, a importância da esquistosomíase se está tornando cada vez maior entre nós, devido ao fato da crescente intensificação da corrente imigratória dos pacientes vindos dos Estados nortdestinos. cremos que muitos casos de esquistosomose são ainda confundidos na clinica com outros estados mórbidos. Isto é particularmente verdadeiro para as formas hepato-esplenomegalias da parasitose, que são rotuladas frequentemente com o diagnóstico de impaludismo. Desde que vimos estudando o assunto na 2.^a M.H. o diagnóstico de esquistosomose se faz muito mais frequentemente e exatamente, particularmente nas formas com o quadro clinico de

cirrose hepática. Poucos casos autóctones foram registrados em nosso Estado. Ultimamente foram descritos casos procedentes de Santos, localidade onde anteriormente já havia sido assignalada a ocorrência da parasitose. Convem referir aqui, que num grande número de exames de fezes realizados no Departamento de Parasitologia, o dr. Dácio Franco de Amaral só teve oportunidade, até agora, de encontrar casos positivos em indivíduos procedentes das zonas endêmicas do nosso País e nenhum entre naturais do Estado de São Paulo.

Quanto à questão do hemotorax, que é muito interessante tenho a dizer que, graças à gentileza do dr. Ariovaldo de Carvalho tive oportunidade de examinar o caso sobre o qual ele teceu suas considerações. Não existia de fato outra etiologia que pudesse ser invocada para explicar a presença do hemotorax. Ademais sabemos que as pleuras podem ser sede de lesões esquistosomóticas, já descritas há muito por Risquez e já li num resumo publicado no "Tropical Diseases Buletin" um caso de quilotorax determinado pelo "Schistosoma mansoni". O caso referido pelo dr. Ariovaldo de Carvalho é, pois, muito interessante e digno de estudo.

No que diz respeito à presença de parasitas no baço tenho a dizer que, mesmo na literatura nacional, há registro do encontro dos tramatodios adultos nas velas esplênicas. Os ovos do "S. mansoni", conquanto só raramente sejam encontrados no baço, também já tem sido verificados em cortes histológicos deste órgão, quer por autores nacionais, quer estrangeiros. Certos investigadores atribuem o desaparecimento dos ovos que se localizam no baço à ação fagocitária intensa do S. R. E. esplênico.

De acôrdo com o que tenho verificado clinicamente a esplenomegalia da esquistosomíase é secundária e devida principalmente a hipertensão do sistema porta. Como mostra o caso a que se refe-

riu o dr. Ariovaldo de Carvalho a hepatomegalia precede sempre, em nossa observação pelo menos, à esplenomegalia.

Tratamento da angina pectoris pelo extrato pancreático desinsulinizado. — Dr. José Barros Magaldi. — Há cerca de dois anos tive a oportunidade de trazer a esta mesma Casa os resultados obtidos com o extrato pancreático desinsulinizado, no tratamento das obliterações arteriais periféricas. De então para cá tenho dedicado muita atenção a tal substância que, em parte, foi esquecida pelos pesquisadores. Estudei sua ação em muitas eventualidades clínicas e experimentalmente observei, na preparação de Loe-we-Trendleburg, sua potente ação vasodilatadora.

Baseado nessas premissas de ordem terapêutica e experimental e tendo em vista que a angina pectoris é também uma doença arterial periférica, imaginei que se obteriam bons resultados nesta última doença, desde que as doses fossem grandes e repetidas.

E' tão pobre a terapêutica oferecida ao anginoso que qualquer novo caminho proposto deve suscitar interesse. Apresssei-me, por isso, em comunicar os resultados excelentes colhidos em dois casos por mim tratados.

O primeiro diz respeito a um senhor de 52 anos, que vinha, de alguns anos para cá, se queixando de claudicação intermitente, não podendo caminhar por mais de duzentos metros, sem parar. Em novembro de 1942, de modo súbito, um acesso de angina pectoris, extraordinariamente intenso, o atingia pela primeira vez. Procurou seu médico que lançou mão de toda a terapêutica existente para tais casos, fazendo-o de modo muito acertado. Os resultados, todavia não foram satisfatórios e um mês depois o doente tinha cerca de dez acessos por dia, que duravam cada vez mais e cuja irradiação dolorosa alcançava toda a face esquerda do pescoço e todo o braço esquerdo. Tais acessos vinham com o mais pequeno movi-

mento ou com a mais leve emoção, apresentando-se em estado de indizível ansiedade e pavor.

Principalmente porque já tinha sido utilizado todo o arsenal terapêutico possível, cuidei ser este um meio excelente de pôr à prova, baseado naquelas premissas mencionadas, o extrato pancreático desinsulinizado. Antes de iniciá-lo prescrevi uma poção de morfina para atenuar a intensidade e o número dos acessos. Inicialmente foi aplicada uma ampola de extrato pancreático por dia, durante três dias; logo depois, duas ampolas por dia e ao fim de dez dias, três ampolas diariamente, repartidas em duas injeções. Juntamente com isso dei dez unidades de insulina, por dia. A terapêutica resumia-se, pois, em morfina, extrato pancreático (Angioxyl, Silva Araujo-Roussel) e insulina.

Dez dias depois os acessos diminuíram de intensidade, tendo a irradiação dolorosa menor extensão. Na terceira semana 3-4 acessos diários, fugazes e um mês depois desapareceram de todo. Mais alguns dias e o doente começou a fazer pequenos exercícios, tendo notado também que as perturbações circulatorias das pernas melhoraram extraordinariamente. Atualmente está retornando, com método, ao seu trabalho habitual, mas tomando sempre doses altas de extrato pancreático desinsulinizado.

O outro caso não é menos ilustrativo, a-pesar-de ser menos grave. Indivíduo de 50 anos, sempre bem de saúde. Há três meses, durante a noite, sem exercício, sem emoção, foi despertado por fortíssima dor precordial que desapareceu ao cabo de quinze minutos. Uma semana depois novo acesso o acomete, agora durante um dia calmo. Acessos outros se repetem, mais animados, sempre com mesma intensidade e em momentos variados.

Foi instituída terapêutica em tudo semelhante à do caso anterior. Os resultados não se fizeram esperar e duas semanas depois cessaram as dores. Atualmente seu estado é muito bom.

Em ambos os casos o eletrocardiograma não mostrou sinais de alterações da circulação coronária.

Comentários. — Dr. João Alves Meira. — Quero referir apenas que fui testemunha da indicação do uso dos extratos pancreáticos desinsulinizados na terapêutica da claudicação intermitente, quando estava nos Estados Unidos. Realmente vi esta medicação ser empregada no ambulatório de clínica do Serviço do dr. Musset, em New Orleans, nos casos citados com resultados satisfatórios.

Dr. Uzeda Moreira — Quanto à terapêutica da angina pectoris o melhor medicamento é a trinitrina; que dá resultados rápidos em poucos segundos. No que se refere ao uso do angioxil na angina parece-me que já há quem faça isto e quero crer que a própria bula, já dá esta indicação. Como uma apreciação geral ao trabalho apresentado devemos dizer que o número de casos por enquanto é ainda muito pequeno de modo que as observações se devem prolongar por mais algum tempo, mesmo porque na angina do peito, os resultados são sempre variáveis podendo até mesmo sarar por si. Na minha opinião o seu remédio-heróico é ainda a trinitrina, os seus derivados, sucedâneos e equivalentes.

Dr. Reinaldo Marcondes — E' interessante a observação apresentada: pelo dr. Magaldi e éle a fez muito bem baseado na experimentação do laboratório e na aplicação clínica na claudicação intermitente. Estou de pleno acôrdo na aplicação do angioxil nas perturbações vasculares periféricas, mas creio que é preciso ter muito cuidado nas observações dos resultados que se obtêm na angina de peito. Assim, por exemplo, um território mal irrigado vai se fibrosando cada vez mais e estas zonas fibrosadas perdem a sensibilidade pelo desaparecimento das terminações sensitivas. Assim sendo muitos anginosos, com o tempo deixam de o ser do mesmo modo, com o tempo, mesmo expon-

taneamente, graças ao estímulo de espôrço, os vasos de neoformação podem compensar a falta de circulação, desaparecendo assim a angina. Assim se explica a diferença de ação que se obtém com o uso do angioxil na angina de peito. A eficiência do medicamento só estará definitivamente provada após uma série grande de casos bem sucedidos.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — De-sejo saber qual o tempo da vaso dilatação nas experiências feitas em animais e qual seria o mecanismo de ação desta vaso dilatação. Tratando-se de uma lesão orgânica é difícil compreender a cura sem a regressão das alterações anatômicas.

Dr. José Barros Magaldi. — Devo lembrar ao dr. Uzeda Moreira que eu frisei que a trinitrina, nitrito de amila são as medicações de urgência, não servindo, entretanto, para um tratamento prolongado da angina pectoris. Quanto ao uso do angioxil, é um medicamento que dá bons resultados quando a indicação é justa e quando as doses são suficientes.

O dr. Reinaldo fez uma observação muito justa, pois dois casos não fazem uma estatística. Há necessidade de uma observação de centenas de casos para que se possa concluir alguma cousa. Entretanto, ao iniciar esta palestra, eu fiz ressalvas a respeito de ter trazido apenas dois casos, citando também as dificuldades em se obter um maior número dêles. Quanto a existência de uma substância hipotensora, que não existiria no sangue dos indivíduos que têm perturbações periféricas, pretendo fazer averiguações a respeito, trazendo a dosagem desta substância na urina, que é por onde se elimina. Portanto, parece-me, o uso dos extratos pancreáticos desinsulinizados, nada mais é do que uma terapêutica de substituição de um hormônio que falta no organismo. E' mais ou menos o mesmo que se passa com a insulina no diabetes. Tem-se verificado também que o angioxil tem uma ação an-

tagônica à adrenalina, conforme foi verificado em experiência com animais de laboratório. Fica assim, em parte, explicada a sua ação. A ação do angioxil pode também ser explicada por uma dilatação dos vasorum que melhoraria assim a circulação da parede dos vasos, melhorando as suas condições de trabalho.

Respondendo ao dr. Ariovaldo, devo dizer que o tempo latente de ação experimental do angioxil, é ainda difícil de ser explicado, mas o fato é que ele persiste algum tempo nos animais de laboratório, mesmo quando se faz a lavagem com líquido de Ringer-Loeke.

Oftalmologia estereoscópica. Um novo método de exame do fundo do olho. Suas vantagens sobre a oftalmologia monocular. — Prof. A. Busacca. — O comunicante, aplicando ao exame do fundo do olho, a aparelhagem ideada por Goldmann para o estudo do ângulo irido-corneano, conseguiu examinar ao microscópio binocular, o fundo em visão estereoscópica.

A adaptação do vidro de contacto para ângulo permite realizar o que até agora não se tinha conseguido com os diferentes vidros para exame do fundo, isto é, a inspeção de uma grande parte do fundo e a perfeita orientação do vidro para poder atingir a zona que interessa estudar.

As vantagens da oftalmoscopia estereoscópica sobre a monocular (plana) até agora usada são notáveis; consegue-se com facilidade localizar com exatidão pequenas lesões (hemorragias, exsudatos, ponto de degeneração) situadas na espessura da retina; com muita facilidade se diferenciam pequenas lesões prerretinianas ou seus resquícios (exsudados, hemorragias, ou conjuntivo organizados) das situadas nas camadas mais internas da retina; a diferenciação entre hemorragias puntiformes da retina e pequenas dilatações dos capilares ou precapilares torna-se facilíma; da mesma maneira consegue-se distinguir perfeitamente os pequeníssimos focos degenerativos das camadas mais externas da retina daqueles semelhantes da cório-capilares.

Nos focos evoluídos de córiorretinite temos imagens plásticas admiráveis que nos permitem diferenciar as formações conjuntivais resultantes da organização do exsudato, das partes degeneradas nelas frequentemente presentes, e do tecido escleral situado atrás.

O comunicante pensa que este novo sistema de exame poderá esclarecer muitos pontos obscuros da patologia da retina, especialmente no que se refere às pequenas lesões que nela aparecem no decurso de algumas doenças gerais.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 29 DE MARÇO

Presidente: Dr. Licínio H. Dutra

Elogio do colo. — Dr. Paulo Ribeiro da Luz. — O A. defende a existência, no útero, além da intervenção simpática que lhe é reconhecida, de aparelhos autônomos para-simpáticos, semelhantes aos plexos de Meissner e Auerbach, localizados presumivelmente no lábio anterior do colo. Em favor desse ponto de vista, salienta: 1.º) uma razão anatômica, situando o colo uterino entre a vagina, útero, bexiga e reto, em contacto direto com o exterior e com vasos e nervos de importância con-

siderável; 2.º) razões clínicas — citando enfermidades várias, ligadas a genitopatias, de origem vegetativa e ligadas ao lançamento ou produção dos intermediários químicos de Cannon; 3.º) uma razão terapêutica — a cura que obteve destas moléstias e crises outras algolipotímicas, com aplicações várias, feitas no lábio anterior do colo.

Termina salientando o vago como o nervo motor do útero e o simpático como seu nervo sensitivo e do tonus. Mostra a relação

entre o fibromioma e excitabilidade simpática e entre o útero aplástico e excitabilidade parasimpática do pélvico ou erector. Cita experiências feitas sobre o reto e a bexiga nesse sentido, para concluir admitindo a possibilidade de cura de fibromiomas por injeções repetidas de acetilcolina e histamina no lábio anterior do colo e a cura dos úteros hipoplásticos por injeções de adrenalina no mesmo local.

Comentários: — Dr. Licínio H. Dutra — Em nome da mesa, agradeço ao trabalho que acaba de nos ser apresentado. Trata-se de uma comunicação de grande interesse, tanto pelo seu lado artístico, como principalmente, pelo seu lado científico. A propósito da presença do sistema nervoso autônomo no colo, é pena que o seu autor não se tivesse preocupado em procurar demonstrar cientificamente com trabalhos experienciais, a sua presença, uma vez que julga existir. Também lembraria a vantagem de modificar-se o título do trabalho, pois que "Elogio do colo", não diz bem de tudo o que o trabalho encerra. Outro ponto que me parece sujeito à crítica é o do dr. Ribeiro da Luz fazer a enumeração de vários autores, quando no início do seu trabalho, referindo-se à razão de ser do mesmo, afirmou que apenas trataria de sua experiência pessoal, dispensando citações de autores. Naturalmente, em um trabalho deste teor, as citações se tornam indispensáveis. Trabalhando em um serviço onde o material de estudo é abundante, penso também que o dr. Ribeiro da Luz, deveria ter-se interessado mais pela questão hormonal, que está mais ou menos depredada no presente trabalho. Quanto ao fato citado da cura de um pleuriz seco, apenas com tratamento do colo, creio que há nisto um pouco de exagero. Do mesmo modo, os casos de úlcera do estômago curados com exclusiva terapêutica cervical; creio serem também exagerados, pois seria necessário ter-se certeza da existência da úlcera.

Com relação ao seu fundamento, o presente trabalho é muito in-

teressante, digno de estudo e de maiores investigações, com apenas algumas correções de ordem geral.

Dr. Paulo Ribeiro da Luz. — Quanto ao reparo feito pelo dr. Licínio a respeito do título do trabalho, estou de pleno acordo com o colega. Quanto à questão da citação de autores, de fato, há nomes que são absolutamente indispensáveis de serem citados. No que diz respeito à cura da pleurite seca, sabemos em clínica, que estes processos inflamáveis das serosas têm uma patogenia muito discutida. Assim, por exemplo, encontramos na clínica a endocardite alérgica, da coréia, etc., cuja etiologia, é, até hoje, desconhecida. Na mesma ordem de idéias, é conhecido o tratamento de certas artropatias, com o uso da foliculina. Ora, se isto é comprovadamente verdade, também será verdade a possibilidade da cura do pleuriz seco pela foliculina. A propósito tenho um caso de uma doente com pleurite datada de há 10 anos e que apresentava concomitantemente uma ginecopatia, que uma vez tratada, desapareceu a pleurite. Estas cousas são de observação quasi diária, quando se trata de uma clínica de mulheres. Também sobre a questão da cura da úlcera do estômago, eu me referi a um caso de uma doente com diagnóstico de úlcera gástrica. Entretanto, não foi este diagnóstico confirmado pela radiografia. Na hipótese de se tratar de uma úlcera, hoje nós sabemos que a foliculina cura, na realidade, a úlcera do estômago. A patogenia deste processo pode ser explicada em virtude de um reflexo axônico, em consequência da irritação do simpático partindo da esfera genital, e assim sendo, deixando de existir este reflexo, a úlcera do estômago, pode ser curada. Assim sendo, esta hipótese não é de todo observada e o tratamento de uma úlcera de estômago pôde ser feito, em certos casos, pelo tratamento ginecológico. Acho de grande valor os resultados que se pôde tirar destes estudos e aproveito a ocasião para citar a falta de trabalhos

sôbre a ação da foliculina e da lutina sôbre o sistema nervoso vegetativo. Penso que estes dois hormônios não têm uma influência direta sôbre o sistema nervoso vegetativo, mas o fato é que se consegue curar doenças vegetativas, com o uso da foliculina. A via pela qual ela age é uma via indireta, interessando a esfera genital.

Cirurgia menstuoconservadora no fibroma do útero. — Dr. Licínio H. Dutra. — Inicialmente o A. refere a repercussão que teve a "nota prévia" do trabalho publicado, juntamente com o dr. Moura Azevedo, sôbre uma nova técnica de "Histerectomia fúndica nos fibromiomas uterinos" e comunicado à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1.º de julho de 1933. Prometeu naquela ocasião, apresentar oportunamente o estudo completo sôbre o assunto e relatar os resultados posteriores obtidos com o novo método. E' o que faz agora.

Insiste sôbre os princípios em que ela se baseia, referentes à sinergia endometriovariana, citando os mais recentes trabalhos e experimentações que demonstram a existência de um indissolúvel entossamento funcional, dum "todo endocriniano", entre o útero e os ovários. Antes de traçar a técnica cirúrgica, sistematizada por Moura Azevedo, essencialmente conservadora e executada nas pacientes operadas na 1.ª Clínica Cirúrgica da Santa Casa de São Paulo (Serviço do dr. Ayres Netto), em torno das quais gira o seu estudo, faz considerações sôbre detalhes dos tempos cirúrgicos. Justifica a incisão em U; insiste na necessidade da conservação do endométrio, quanto for possível; descreve o processo original de hemostasia prévia pelo "bloqueio circulatório", obtido por meio de um laço de borracha que constrixe temporariamente as artérias uterinas e os pedículos ovarianos; fundamenta a reconstrução do útero, de modo original, pelo embricamento dos pedículos tubo-ovarianos com o corpo-restante; e, estuda a com-

pleta peritonização do órgão reconstrutivo. A seguir descreve pormenorizadamente os tempos da intervenção proposta.

Finalmente, relata os resultados tardios, observados desde meses, até anos depois da intervenção. Do seu estudo conclue que a sequência operatória imediata é sempre ótima e os resultados obtidos posteriormente permitem afirmar que a técnica proposta consegue obter todos os fins colimados pela cirurgia menstuoconservadora. Todas as pacientes examinadas, em muitas das quais foram feitas histerografias, apresentavam-se perfeitamente curadas, nenhuma delas se queixava dos sintomas característicos das ovarioprivas e o exame do aparelho genital não demonstrava a existência de degeneração cística do temente observadas nas doentes operadas segundo outros processos. O trabalho foi documentado com observações, um quadro esquemático, desenhos coloridos e em negro, histerografias e extensa bibliografia.

Comentários: — Dr. Sila Matos — Não quero fazer uma crítica ao trabalho que acaba de ser apresentado, mas, em alguns pontos, estou de desacôrdo com o mesmo pelo que me foi dado a entender do resumo que foi lido pelo dr. Licínio. Assim, ouvi afirmação categórica de que, quando se tira o útero, os ovários atrofiaram e vice-versa. Isto entretanto, não acontece em 10% dos casos e pelo que tenho observado. Tenho estudado mais de perto esta questão, e cito aqui os trabalhos de Rouvillaus e Wognot na França que, estudando a questão da circulação útero-anexial, verificaram que existem, não um tipo, mas sim 4 tipos principais e 4 subtipos, de circulação anexial, de modo que quando se retira o útero, em alguns casos, o ovário pode continuar perfeitamente com a sua nutrição sem sofrer nenhuma alteração (atrofia). Tenho mesmo em minha clínica vários casos que comprovam este fato. Posso citar mesmo o caso de uma moça, que

não tendo útero, tinha uma menstruação típica pelo reto. Fazendo nesta jovem uma castração temporária, pelos raios X, desapareceram as menstruações retais. Foi também pelas dosagens verificadas ser normal a taxa de foliculina. Um outro caso também muito interessante que posso citar, é o de uma mulher que foi histerectomizada e apresentava agora, alguns anos depois, (10 anos) perda sanguínea pelo colo. Pensou-se em um blastoma do colo e feita a extirpação cirúrgica do colo, verificou-se o seu epitélio apresentar metaplasia no sentido endometrial bem como havia intensa hiperplasia de suas glândulas, com formação de pequenos óvulos de Naboth, havendo portanto uma verdadeira metropatia cervical. Todos estes casos, vêm provar que com a retirada ou ausência do útero nem sempre os ovários se atrofiam, e pelo contrário, podem se apresentar hiperfuncionantes em alguns casos.

Outras observações que eu desejava comentar fazem parte de um estudo que estou fazendo e que em breve será relatado.

Quanto a técnica apresentada pelo dr. Licínio Dutra, parece vai de encontro à disposição anatômica, pois quer me parecer, que a circulação do útero fica prejudicada. Por esta técnica são seccionados ou ligados troncos de irrigação muito grandes o que fatalmente prejudicará a nutrição do útero restante.

Além disso, esta operação não é absolutamente praticável num caso por exemplo de mioma do istmo ou do colo, e em outros exige uma circulação de uma porção corporal muito extensa, principalmente nos casos de grandes tumores.

São estes os pontos sobre os quais sou de parecer desfavorável no presente trabalho. No mais ele já foi julgado por uma comissão idônea, como um trabalho de grande valor e a meu ver, com muita justiça.

Dr. Licínio H. Dutra — Agradeço a apreciação do dr. Sila Matos em torno do meu trabalho.

Com relação à atrofia dos ovários, o que foi por ele referido, não invalida as minhas palavras a respeito, mas pelo contrário, até as confirmam. Assim se operarmos um caso, pelas técnicas habituais, na qual a anastomose túbulo-ovariana foi muito desenvolvida é claro que o ovário se atrofiará. Na nossa técnica, procuramos o mais possível, respeitar o pedículo ovariano com seus vasos e nervos, para justamente evitar a atrofia dos ovários. Quanto à questão da ligadura de troncos considerados importantes, cumpre notar que a ligadura que se faz pela técnica que apresentei, é a dos troncos do endométrio que sai, e não do endométrio que fica que assim é em nada prejudicado em sua nutrição. Desta sorte a porção conservada de endométrio, assim como do útero conservado terá grande vascularização, pois os ramos mais importantes próximos da artéria uterina, são conservados. Assim sendo, trata-se de um método que procura antes de tudo, conservar boa irrigação do ovário e do endométrio conservados "in situ". Fica tudo conservado, não havendo apenas a possibilidade de fecundação.

Dr. Sila Matos — Creio que esta técnica merece ainda alguns reparos, pois que ela foi apresentada muito rapidamente de modo que as minhas dúvidas a respeito, ainda continuam. Parece-me que constitui uma operação perigosa, pois secciona vasos de importância, prejudicando assim a nutrição de muitas regiões importantes.

Dr. Paulo Ribeiro da Luz. — A meu ver é muito mais importante que a ligadura dos vasos, a questão da influência que poderia exercer nestas eventualidades, a ação do simpático periaarterial, que é o responsável pelos estímulos que partem destes pontos, provocando a vasoconstricção.

Dr. Sila Matos. — A influência do simpático pode ser verdade até certo ponto, em certos casos, mas o que é sempre verdade é que quando se liga o pedículo ovariano

no, de modo total, o ovário entra em atrofia e neste caso, não há absolutamente nenhuma intervenção do simpático, pois que os vasos foram ligados, não podendo sofrer portanto influências, quando então talvez, este fator pudessem ser levado em conta. O que acabamos de discutir, é a questão de suprimir totalmente a irrigação do órgão que é o seu fator de nutrição.

Dr. Licínio H. Dutra — Devo informar que o fundamento do processo apresentado é o de conservação do pedículo, tanto vascular como nervoso. Insisto que o endométrio conservado fica com a sua vascularização inteiramente mantida. Os resultados imediatos e posteriores até de alguns anos, provam a eficácia da técnica proposta que oferece integralmente os fins desejados.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE MARÇO

Presidente: Dr. Eduardo W. de Sousa Aranha

Anatomia patológica das pielonefrites. — Dr. Constantino Mignone. — O A. tratou primeiramente das vias de infecção lembrando que, atualmente a via hematogênica ou descendente, é considerada como muito frequente, seguindo-se a surtos de bacteremia. Entre as infecções que podem ocasionar uma bacteremia, assinala principalmente as tonsilites, abscessos dentários, sinusites, infecções da mucosa da boca e dos intestinos e moléstias gerais tais como a febre tifóide.

A via ascendente é efetiva, quando, associados à infecção, existem fatores coadjuvantes tais como o traumatismo e principalmente a estase urinária.

Assinala que o conceito de pielonefrite como uma infecção que se inicia na pélvis e se propaga posteriormente para o parênquima renal e para as porções inferiores das vias excretoras não é comprovado nos achados de necropsia. Aqui se observa que as lesões primitivas têm sede, na zona medular do rim. Assinala ainda a possibilidade, no estágio agudo da lesão, apresentar uma sede intersticial pura, sem acometer a luz tubular. Neste caso a sintomatologia da pielonefrite é acompanhada de um exame de urina negativo.

Tratando das pielonefrites relacionadas com a hipertensão, mencionou o estudo das lesões vasculares feitas por Soma Weiss e Parker. Estes autores demonstraram a presença da arterioesclerose

hiperplástica das zonas com inflamação ou já em reparação e, nas artérias maiores, de uma endarterite produtiva; como lesões de associação, foram encontradas de hialinização e a arteriolonecrose.

Rim móvel, acidente do trabalho — Dr. Arnaldo Amado Ferreira — O A. inicia seu trabalho recordando amplamente um histórico interessante sobre o conceito evolutivo da doutrina no trabalho desde a época mais remota, onde não existia o trabalho social organizado. Focaliza do desenvolvimento das corporações até a eclosão da Revolução Francesa de 1789 que proclamou os direitos do homem e a emancipação do trabalho, implantando-se, desse modo, o individualismo na Economia Política e no Direito. Cita os resultados negativos do individualismo econômico com a transformação do trabalho fabril e industrial, criando o aparecimento do "industrialismo capitalístico", que veio acarretar grandes modificações nas condições do trabalho, resultando discussões em relação ao problema da responsabilidade do acidente do trabalho até ao aparecimento da doutrina do risco profissional, adotada em nossos dias pelas legislações de vários países civilizados. Realça a atual Lei Brasileira de Acidente do Trabalho, de n.º 24.637, de 10 de julho de 1934, tecendo algumas considerações de ordem médico legal, baseadas nessa mesma Lei, para me-

lhor compreensão do caso em estudo.

Em seguida, apresenta a observação de uma paciente portadora de uma ptose renal surgida por ocasião de um esforço violento impossibilitando-a continuar no seu trabalho.

Aborda, por último, o comentário médico legal da questão citando a opinião abalizada de vários autores em relação ao assunto, finalizando por considerar o caso que motivou seu tema como passível de indenização decorrente portanto de acidente do trabalho.

Comentários: — Prof. Ataíde Pereira. — Há alguns anos atrás, fui perito em uma questão de nefroptose, por acidente no trabalho. Trata-se do caso de uma moça, que, trabalhando em uma fiação de tecidos, sofreu uma pancada, tendo sido despedida, em virtude de ficar impossibilitada para o trabalho, durante alguns dias. Mais tarde, em virtude de queixa da moça, foi feito o laudo de nefroptose, e fomos chamados a julgar se se tratava ou não de um caso de acidente no trabalho, para fins legais. Esta doente foi por nós submetida a exames, e feita uma urografia de eliminação, concluímos que a doente tinha uma anomalia congênita, não tendo absolutamente uma ptose do rim, e em virtude disso, ante nosso parecer, a moça perdeu a questão. Com este caso de nossa experiência, quero chamar a atenção para o fato de se fazer sempre em presença destes casos, um rigoroso exame urológico que geralmente resolve satisfatoriamente a questão. Era o que eu tinha a dizer em adenda ao trabalho que nos foi apresentado pelo Prof. Amado Ferreira.

Dr. Uzeda Moreira. — O trabalho que acaba de ser comunicado, é muito interessante. O dr. Amado Ferreira, deu a entender em sua exposição, que se tratava de um doente de tipo astênico. Ora uma nefroptose do lado direito, no sexo feminino é muito comum, principalmente em se tratando de individuo do tipo as-

tênico. Acresce ainda a circunstância de, no presente caso, não terem sido feitos outros exames radiográficos, além do simples exame aos raios X, da região renal. Outros exames radiográficos, poderiam revelar se existia ou não tendência para ptose de outros órgãos, como por exemplo, do intestino grosso, do estômago, o que revelaria uma tendência mórbida para a ptose destes órgãos e portanto do rim também, o que seria então levado em consideração na conclusão do laudo.

Dr. Arnaldo Amado Ferreira. — Ouvi com prazer os comentários em torno do meu trabalho. Em relação aos comentários do dr. Uzeda Moreira, devo acrescentar que foi feito o exame aos raios X, além de um exame clínico perfeito, tendo estes exames revelado que o doente não tinha nem ptose do estômago nem dos intestinos, que se apresentavam normais. Trata-se de uma paciente que trabalhava normalmente, sem nunca se ter queixado de nada, só no dia do esforço mais acentuado é que ocorreu toda aquela sintomatologia, fato este que foi confirmado pelas pessoas que presenciavam o acidente. Esta doente tinha a sua carteira de saúde, que antes do acidente a considerava uma pessoa normal, de modo que o acidente pode ser perfeitamente relacionado com o trabalho, feito pela paciente, que, de acordo com a lei, ocorreu para a realização do mesmo.

Clínica das pielonefrites. — Prof. Ataíde Pereira. — O A. inicia sua conferência, dando o conceito preciso da pielonefrite: É uma etapa dos vários estádios da infecção urinária. Uma infecção urinária, redonda sempre no estado inflamatório do parenquima do rim, das paredes das pelvis renal e dos demais sectores das vias excretoras do rim (Gohrband).

Dêsse modo, bacteriúria, pielite, pielonefrite, pielocistite, rim contraído pielonefritico e pionesrose secundária, não passam de etapas evolutivas da infecção urinária.

Do ponto de vista clínico, no momento, as pielonefrites adquiriram uma grande importância, de vez que a elas é que se está responsabilizando uma boa parte das ditas hipertensões arteriais (hipertensões de causa renal).

Isso, induz desde logo, que, toda infecção urinária deve ser considerada moléstia séria, merecendo cuidados e tratamentos visando o desaparecimento dos sintomas e sobretudo dos germens que infectam o organismo.

A seguir, fala o A. dos germens mais responsáveis pelas pielonefrites. Discorre sobre o diagnóstico e o prognóstico da moléstia abordando diversos métodos de tratamento. O A. apresentou estatística pessoal e quadro demonstrativo.

Comentários: — Dr. Darcí Videla Itiberê. — Antes de mais nada, quero congratular-me com o sr. presidente, pelo brilho desta primeira sessão da grande série que ele se propôs realizar, contando grande número delas, com a presença do prof. Mignone, que fará palestras sobre anatomia patológica de diversos assuntos da especialidade.

Em relação ao prof. Ataíde Pereira, quero congratular-me pelo fato de estar ele aderindo à escola urológica americana, pois em todos os seus trabalhos anteriores, quasi que só citava autores alemães, ao contrário do que se deu na sua palestra de hoje, na qual os AA. americanos tiveram um lugar de destaque. No que diz respeito ao material clínico apresentado pelo prof. Ataíde, achei que a sua orientação foi um tanto confusa, pois ao entrar na parte clínica começa desde logo com o diagnóstico diferencial, para só depois, tratar da parte referente à sintomatologia. Assim sendo, quem o ouve, principalmente os que não são especialistas, fica sem saber qual o conceito que faz o prof. Ataíde Pereira, no que se refere aos quadros agudos, crônicos, etc. da moléstia. O prof. Ataíde Pereira, tem uma grande experiência nesta questão, de modo que a ex-

posição de tal assunto, é muito fácil para ele, mas para quem não tem muita experiência, o assunto ficou pouco claro. Um dos pontos que merece reparos, foi o fato de ele ter aconselhado a dosagem da creatinina, na fase aguda das pielonefrites, o que não tem absolutamente nenhuma indicação, pelo menos em nosso entender.

Um dos pontos melhor estudados pelo prof. Ataíde, é questão de aspecto radiológico no diagnóstico da pielonefrite, quando na fase crônica evolutiva. Mas até mesmo nesta questão acho que ele devia ter se estendido um pouco mais, em virtude da grande importância destes aspectos radiográficos na clínica das pielonefrites; isto seria fácil para o prof. Ataíde, que tem um material muito grande a respeito.

As nossas críticas são mais intensas na questão da terapêutica. Assim sendo, acho que o prof. Ataíde deveria tomar mais cuidado com a sua terminologia, quando se refere aos preparados sulfanilâmídicos. Como todos os componentes destes grupos são chamados sulfanilâmídicos, é necessário que se precise bem qual é o composto referido principalmente quando se sabe qual o germe em questão, pois é sabido que eles reagem de modo diferente às várias sulfanilamidas. Além disso, o prof. Ataíde não falou nada a respeito da sulfanilamida que, desta série de preparados, é o mais moderno e o menos tóxico, menos tóxico ainda que o sulfatiazol, e tendo a vantagem de agir, independentemente do pH urinário. Também a sulfapiridina não foi citada, quando se sabe que ela pode e deve ser usada em grande número de casos. Quero insistir a respeito, na ação muito eletiva das acerto-sulfamidas sobre o grupo coli. Em grande número de doentes em fase aguda das moléstias, temos usado estes compostos (Albucid do comércio) por via venosa, com resultados extraordinários. Estes feitos, foram também verificados pelo dr. Geraldo Vicente de Azevedo, que em trabalho aqui

apresentado no ano passado, chegou à mesma conclusão.

Acho que o dr. Ataíde, já que se baseou em trabalhos americanos, deveria trazer aqui também uma estatística americana, a respeito do tratamento da hipertensão, proveniente dos rins contraindos pielonefríticos e a sua cura pela nefrectomia. Tenho conhecimentos de um trabalho interessante trazido a esta casa há pouco tempo pelo dr. Mota Pacheco em colaboração com o dr. Lais Décourt. É um assunto que deveria ser encarado com mais interesse, acompanhado de citação de estatísticas mais rigorosas e objetivas.

Quanto a certos detalhes de orientação, no que diz respeito às indagações endoscópicas na prática das pielografias ascendentes, seria de interesse ressaltar que os técnicos mesmo os experientes, estão sujeitos a riscos determinados pelo aumento brusco de pressão dentro da via excretora, que pode dar um refluxo e uma recrudescência brusca do processo.

Dr. Uzeda Moreira. — Apreciei bastante o trabalho do prof. Ataíde, que ressaltou a importância das pielonefrites e o seu prognóstico. Devemos hoje pensar "pielonefriticamente", como se dizia antigamente. Desejava saber alguns informes a respeito do que se pode obter, com o uso do soro de porco normal, como um profilático contra as pielonefrites, principalmente as verificadas pelo coli-bacilo. Quanto às sulfamidas, nos casos de piclonefrite, colibacilar a menos tóxica e a que dá os melhores resultados, é sem dúvida nenhuma a aceto-sulfamida (Albucid); em grande número de doentes a nosso cuidado, temos usado grandes doses, sem nenhum inconveniente.

Dr. Eduardo Souza Aranha. — Quando o prof. Ataíde, falou a respeito dos agentes etiológicos das pielonefrites, citou que os casos mais rebeldes, são aqueles causados pelo *Streptococcus fecalis*.

Entretanto, não fez referência ao bacilo piaciânico, que é o mais resistente de todos aos antissepticos urinarios. Quero realçar o valor do arseno-benzol, como antisseptico urinário para certas infecções urinárias a cocos, contra as quais tem sido usado com sucesso.

Dr. Ataíde Pereira. — Ao dr. Darci Vilela, devo dizer que este relato, foi feito em muito curto prazo de preparação. Eu o fiz para especialistas e não para estudantes, de modo que, o colega estranhou não me ver dar a descrição rotineira, de cada espécie de pielonefrite. A documentação radiológica de que me referi, e que de facto possui, não era possível ser aqui apresentada e discutida. Não dispunha de tempo para isso. Quanto à designação dada pelo dr. Darci de "imagem de rigidez de ureter e do bacinete", peculiar às pielonefrites, confesso, que não compreendo...

Uma imagem radiológica numa pelicula, pode ser designada de rígida, dura? Nem mesmo durante as intervenções cirúrgicas, desses casos, o cirurgião encontra um ureter ou um bacinete de consistência dura ou rígida... A designação é portanto imprópria, mesmo que consagrada, no entender do dr. Darci.

Quanto à tecnologia empregada a respeito da sulfamida e seus derivados, pertence aos autores americanos que mais se tem ocupado, destes preparados, no tratamento das infecções urinárias. Parece-me, de certo modo, aceitável. A sulfadiazina, embora empregada por alguns autores, é mais específica para o "pneumococo".

Ao dr. Uzeda Moreira, devo dizer que apesar de não ter nenhuma experiência a respeito, nunca levei muito a sério a questão do uso do soro de porco normal como preventivo das pielonefrites. Não se trata em meu entender de um método científico de profilaxia e não sei em que pode ele estar baseado.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSAO DE 20 DE JULHO

Presidente: Dr. Gastão Rosenfeld

Miocardites — Dr. Constantino Mignone — Mencione, de início o A. que o diagnóstico de miocardite vem sofrendo alterações acen-tuadas desde longos anos, devido não só ao conhecimento mais cla-ro a respeito da patologia do co-ração como também a orientação em caminho diverso adotado pe-los clínicos de um lado e patolo-gistas do outro. Em uma primeira fase todas as alterações cardíacas eram enquadradas na designação genérica de miocardites. Com o conhecimento das lesões inflama-tórias do endocárdio, individuali-zou-se claramente o grupo das en-docardites. Posteriormente defi-niu-se, então, um grupo de casos encontrados na velhice, nos quais uma arteriosclerose coronária le-vava a alterações miocárdicas mais ou menos graves e traduzindo-se

por sinais de miocardite. A arte-riosclerose coronária com mio-cardiosclerose, hoje em dia é uma moléstia separada das miocardites, tendo com isso baixado muito o índice percentual desta última. O termo miocardite ainda hoje é usa-do por grande número de clínicos que considera funcionais revela-veis por sinais clínicos e eletro-cardiográficos, sem liga-lo a uma condição inflamatória propriamen-te dita. Por outro lado é relativa-mente frequente o achado de con-dições inflamatórias do miocárdio pelos patologistas, sem que os cli-nicos pudessem identifica-las em vida. Desta forma, diz o confe-rencista, impõe-se uma maior liga-ção entre o clínico e a anatomia-patológica no sentido de se har-monizar os dois pontos de vista em face desta condição patológica.

Sociedade de Oftalmologia

SESSAO DE 21 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Belford Mattos.

Medidas adotadas pelo governo para o combate ao tracoma no Estado — Dr. Silvio de Almeida Toledo — O orador iniciou a sua exposição, referindo-se ao esforço que o governo vem desenvolvendo no sentido de dotar o Estado de um completo aparelhamento para a profilaxia do tracoma e como tem sido atingido tal objetivo.

Descreveu a esquematização geral dos serviços da Secção do Tracoma, constantes da diretoria, Instituto do Tracoma, 32 Dispensários de Tracoma e 15 Postos Rurais Fixos e Sub-Postos Moveis (charretes-ambulância), que per-correm as fazendas em serviço itinerante.

O orador, após se deter parti-cularmente na explanação dos de-talhes da organização do serviço na zona rural, discorreu sobre im-portantes capítulos complementa-res tais como: o tratamento pela sulfanilamida, preparação do pes-soal técnico para a campanha, des-truição dos focos familiares de tracoma, tratamento obrigatório, educação sanitária, elevação do "standard" de vida das populações rurais, etc., terminando por exa-minar a parte de registo estatísti-co da campanha, e a colaboração das sociedades científicas, prefeituras e agricultores.

Informou a casa, que nos 9 me-ses do corrente ano, a Secção do

Tracoma atendeu a 37.739 matriculados, sendo 33.087 do interior e 4.652 da capital, tendo sido examinadas, nas escolas primárias e focos domiciliares, 27.346 pessoas.

Acrescentou que foram realizados nos dispensários e postos 711.506 curativos oculares, 3.010

operações e distribuídos 463.500 comprimidos de sulfanilamida, sendo 412.500 para os tracomatosos do interior do Estado e 51.000 para a capital e arredores.

Concluiu solicitando a cooperação dos oculistas presentes, na humanitária campanha que o governo vem empreendendo.

Outras sociedades

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 3 de novembro, ordem do dia: Orientação prática sobre a indicação dos métodos de choque no tratamento das doenças mentais — Fernando Oliveira Bastos; Resultados comparativos dos diversos tratamentos modernos na psiquiatria — Mário Yahn.

Sessão de 5 de novembro: Cartas de cólera — Prof. Bruno Valentim; Conceito sobre o aparecimento das malformações no correr dos séculos — Prof. Bruno Valentim.

Sessão de 6 de novembro: A gênese das malformações congênitas — Prof. Bruno Valentim.

Sessão de 17 de novembro: Anestesia na cirurgia especializada (O tema foi discutido por vários oradores).

Sessão conjunta com a Associação Paulista de Medicina, em 22 e 23 de novembro, em homenagem ao prof. Clemente Ferreira. Trabalhos apresentados: Diagnóstico das supurações pulmonares — Prof. Jairo Ramos; Tratamento das supurações pulmonares — Dr. Ariovaldo de Carvalho; O empiema tuberculoso — J. B. Fleury da Silveira; O empiema não tuberculoso — Dr. Nairo França Trench.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 13 de novembro, ordem do dia: Classificação clínica dos casos nervosos — Lauro Sousa Lima; Tratamento clínico das neurites — Dr. Ary Pinto Lippelt; Tra-

tamento cirúrgico das neurites — Dr. Lineu Silveira; Tratamento da caseose dos nervos — Dr. Eurico Branco Ribeiro; Anatomia patológica da lepra nervosa — Dr. Paulo Rath de Souza e Fernando Lecheren Alayon.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 30 de novembro, ordem do dia: Significado das carúnculas multiformes em medicina legal — Prof. Flaminio Favero e Dr. Arnaldo Amado Ferreira; Psicologia de Rorschach, introdução ao seu estudo — Antonio Miguel Leão Bruno.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, sessão de 12 de novembro, ordem do dia: Contribuição dos estudos da técnica da cirurgia dos maxilares — Dr. Laet Toledo Cesar.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 30 de novembro, ordem do dia: Conceito atual sobre as fracções antitóxicas do fígado — Dr. José Finocchiaro; Estudos farmacológicos dos princípios antitóxicos do fígado — Dr. Joaquim Lacaz de Moraes.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul, sessão de 23 de novembro, ordem do dia: Orientação terapêutica nas cirroses de Laenac — Dr. José Ramos Jr.; Considerações sobre o electrocardiograma da esquistossomíase mansônica — Drs. João Alves Meira e José Ramos Jr.

Sociedade de Gastroenterologia e Moléstias da Nutrição, sessão de 2 de dezembro, ordem do dia: Aspectos da fisiopatologia do intestino delgado — Prof. Vitor van der Reis; Considerações sobre as espécies microbianas encontradas no intestino delgado humano patológico em nosso meio — Prof. Floriano de Almeida, drs. Carlos da Silva Lacaz, L. A. Ribeiro do Vale, Aderbal Cardoso Cunha, Augusto Taunay e Ema de Lima; Considerações clínicas e terapêuticas sobre a importância da flora em algumas moléstias do intestino delgado — Drs. José Fernandes Pontes e Celeste Fava Neto.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 10 de novembro, ordem do dia: Biomicroscopia da córnea e sua patologia geral — Dr. Mendonça de Barros; Queratitis — Prof. Moacir Alvaro.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 22 de novembro, ordem do dia: Sobre um caso de hiperostose frontal interna — Drs. Mario Yahn, Cândido Silva e Celso P. Silva; Estudo anatomo-

clínico de um caso de paralisia geral juvenil — Dra. Lioba Silva; Sobre a leucotomia de Egas Muniz, técnica, resultados — Dr. Antonio Carlos Barreto.

Instituto Biológico, sessão de 12 de novembro, ordem do dia: Sobre a história da anestesia — Dr. Reinaldo Figueiredo; Técnica para a verificação da retractibilidade do coagulo sanguíneo — Dr. Gastão Rosenfeld; Sobre uma técnica de impregnação metálica para invertibrados — Dr. M. Pereira de Castro.

Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física, sessão de 16 de novembro, ordem do dia: A nova toeza criada pelo dr. Arlindo Salzano e apresentada pelo dr. J. de Deus Bueno dos Reis; Caracterização da idade fisiológica para dosagem de educação física — Drs. Arlindo Salzano e J. de Deus Bueno dos Reis; Critério para distribuição dos estudantes secundários em turmas homogêneas nas seções de educação física — Dr. Reinaldo K. Busch.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Litíase do apêndice — Eurico Branco Ribeiro, Soc. Editora Médica Ltda. (Caixa 1574), São Paulo, 1943.

A propósito da observação de um caso de litíase do apêndice, o A. escreveu uma monografia sobre o assunto, depois de ter percorrido cuidadosamente os dados da literatura médica sobre essa moléstia. Seu livro constitui, assim, um apanhado geral dos conhecimentos até agora divulgados, sendo, sem dúvida, o mais completo trabalho até agora escrito sobre a litíase do apêndice. Além de aludir e criticar os dados fornecidos pelos autores que versaram o tema, o A. faz comentários próprios sobre questões de definição e

apresenta um capítulo original sobre os aspectos clínicos da moléstia.

Estudos e Conferências — Clemente Ferreira, São Paulo Editora, São Paulo, 1943.

O incançável pioneiro da campanha contra a tuberculose entre nós acaba de reunir em elegante folheto uma série de artigos, estudos e conferências que ultimamente escreveu sobre assuntos relacionados com a peste branca. Nem o árduo caminho percorrido, nem a idade que já vai avançando, fizeram esmorecer o seu ardor na luta que empreendeu e a que vem dando impulso, através de uma pleiade de especialistas que se

alistaram sob sua bandeira. Basta dizer, para se avaliar a intensidade do seu esforço, que o presente volume reúne nada menos de 19 trabalhos escritos entre 1939 e 1943. E' isso a prova de que são merecidos as homenagens excepcionais que o A. tem recebido do Rotary Club de São Paulo, da Escola Paulista de Medicina e da classe médica paulista.

Compresiones medulares nos traumáticos — Rafael J. Babbini, Aniceto Lopez (Junin 845), Buenos Aires, 1943.

Na qualidade de relator oficial do tema supra no XIV Congresso Argentino de Cirurgia, escreveu o A. uma excelente monografia, em que estudou 38 casos minuciosamente observados no seu conceituado Serviço de Rosário, donde já têm saído trabalhos originais de comprovado valor. No seu estudo, chama o A. atenção para as radiculites iniciais, que orientam sobre a localização das lesões. Acentua que o tratamento deve ser instituído nessa fase inicial, afim de ser evitada a paraplegia, que pode chegar a ser definitiva. Dá os elementos de diagnóstico e localização da sede das lesões, cujo prognóstico estipula, de conformidade em detalhes de técnica cirúrgica, acentuando que se tratam sempre de doentes que requerem assistência especializada. O volume contém 144 páginas, com copiosa documentação (154 figuras).

Histerectomia menstuo-conservadora — Licinio Hoeppner Dutra, Rio, 1943.

Trata-se de uma separata de excelente trabalho publicado nos Anais Brasileiros de Ginecologia, XV, maio de 1943, em que o A.

faz a defesa ampla e cabal da técnica por ele apresentada em colaboração com Moura Azevedo Filho para a histerectomia menstuo-conservadora. Os detalhes da intervenção são apontados com precisão, as indicações são destinadas com clareza e uma estatística de 15 casos é analisada com elevação e justeza. A monografia tem 46 páginas, com ilustrações documentativas e alguns desenhos a cores.

Tratado de Leprologia — Lauro de Souza Lima e Nelson de Souza Campos — Edição do Ministério de Educação e Saúde.

O presente trabalho constitui obra apresentada pelos A. A. no concurso de monografias instituído pelo Serviço Nacional da Leprosia, realizado em 1942, sendo classificado em primeiro lugar.

E' o "Tratado de Leprologia" uma monografia vazada em linguagem clara e esmerada, desenvolvida metódicamente, de forma a transmitir aos clínicos em geral a maior soma de conhecimentos práticos, dentro da melhor orientação didática.

A literatura médica se ressentia, de há muito, de um estudo como o que agora foi publicado; um livro que proporcione ao médico os indispensáveis conhecimentos para o diagnóstico clínico, laboratorial e biológico da lepra. Jogando com dados positivos, os autores oferecem aos estudiosos um trabalho científico dos mais interessantes. "Tratado de Leprologia" está ilustrado com várias fotografias, o que torna ainda mais valioso o trabalho, dando um conhecimento mais preciso e direto sobre lesões produzidas pela lepra e sobre os efeitos das reações de laboratório.

TRANSPULMIN



Hamburg

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, XXVII, 100-128, setembro-outubro 1943 — Divagações otimistas sobre o porvir da doença de Chagas na América do Sul — A. Carini; Sobre sôros artificiais e suas indicações clínicas — F. Ottensooser; Tratamento das síndromes alérgicas — M. Gonzalez Torres; Endocardite mortal no homem produzida por um lactobacilo — E. Biocca e D. Reitano.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, VIII, 1-167, janeiro 1943 — Transmissão do Plasmodium cathemerium Hartman, 1927, pelo Culex fatigans Wiedmann, 1928 — Mauro Pereira Barreto; Sobre uma raça agametocitogênica de Plasmodium cathemerium Hartmann, 1927 — Mauro Pereira Barreto; Defesa do homem rural — Heitor de Sousa Pinheiro; Primeiros tempos da Administração Sanitária Paulista e seus antecedentes no País — Francisco Borges Vieira; A luta contra o cancer nos Estados Unidos — A. Costa Pinto.

Revista de Cirurgia de S. Paulo, IX, 1-638, julho-outubro 1943 — Benedito Montenegro, o cirurgião e o pioneiro da cirurgia gastroduodenal no Brasil; A cirurgia da hipertensão portal — A. Bernardes Oliveira; Litíase do apêndice — Eurico Branco Ribeiro; A cirurgia no tratamento do cancer da laringe — E. Vasconcelos e P. Mattos Barretto; Cirurgia da calculose do cóleoco — Piragibe Nogueira; Obstrução urinária e hiperparotidismo — J. Martins Costa; Porque preferir a gastrectomia parcial na cura das úlceras gastroduodenais crônicas — Cassio M. Villça; Anestesia por inalação em cirurgia do abdome — Reynaldo de Figueiredo; Serviço de anestesia — Reynaldo de Figueiredo; O descolamento sub-mucoso do duodeno na ressecção das úlceras duodeno-

denais profundamente fixados — João de Lorenzo e O. Moacyr Buttelli; Invaginação intestinal — João de Lorenzo; Úlcera da segunda porção do duodeno — Miguel Leuzzi; Divertículos do colon — Saulo Moura Costa; A sondagem gástrica pre-operatória e alimentação oro-jejunal precoce nos gastrectomizados — Trieste Smanio; A 2.ª cadeira de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob a regência do prof. B. Montenegro; Etiopatogenia da calculose renal — D. Villela Itiberê; O problema da proteinopenia em cirurgia; importância, avaliação e meios de tratamento — N. Moraes Barros Filho, M. Ramos de Oliveira e Edwin Benedito Montenegro; Bases fisiopatológicas do tratamento da distensão abdominal — Cassio Montenegro; Síndrome peritoneal na necrose amebiana do fígado — Oswaldo Mellone; Nova manobra na anestesia peridural — Alvaro Dino de Almeida; Anestesia venosa de longa duração — Alvaro Dino de Almeida;

Gazeta Clínica, XLI, 262-286, setembro 1943 — Frequência do glioma da retina no serviço de olhos da Faculdade de Medicina de São Paulo — Aureliano Fonseca.

Neurônio, IV, 1-28, outubro 1943 — Recensões dos trabalhos latino-americanos de medicina.

Publicações Médicas, XV, 1-72, agosto 1943 — Osteotomias para-articulares femurais superiores — Jorge Glasner; Tratamento das varizes — Nestor Oliveira; Considerações em torno de um caso de esquistosomose Mansonii — Levant Pires Ferraz; Quando se deve pedir um eletrocardiograma — Q. H. Mesquita.

Resenha Clínico-Científica, XII, 400-439, novembro 1943 — La función biológica del calostro en la alimentación del recién nacido — Pedro Escudero; Vitamina A e aparelho ocular — F. A. Moura Campos; O emprego dos isótopos como traçadores no estudo do metabolismo — Jacob Sacks.

Revista Clínica de São Paulo, XIV, 35-66, agosto 1943 — O exame patológico na esquistomiasse Manson — Haroldo A. Sodré, Ennio Barbato; Sobre o diagnóstico da esquistomiasse Manson — O. Monteiro de Barros, Haroldo Sodré e Ennio Barbato.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, III, 77-159, março-abril 1943 — Impressões de uma viagem aos EE. UU. da América — J. Souza Ferreira; Insulinote-

rapia no tratamento da fistula duodenal post-operatório — Miguel Leuzzi.

Revista Paulista de Medicina, XXIII, 1-42, julho 1943 — O problema cárdio-articular — Luiz V. Decourt; Estudo clínico-cirúrgico de um caso de macrogenitomia com puberdade precoce por tumor da região da glândula pineal — Mesquita Sampaio e Carlos Gama; Odontologia de guerra, papel do dentista militar — Mário Graziani.

São Paulo Médico, XVI, 1-109, julho 1943 — Estudo da hematologia no hipertireoidismo — J. A. Mesquita Sampaio e José de Paula e Silva; Contribuição para o estudo da medula óssea na linfogranulomatose maligna — José de Paula e Silva.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Necrológico

Prof. Annes Dias — Após rápida enfermidade, faleceu, no Rio, no dia 7 de novembro, o professor Annes Dias, uma das notabilidades do nosso mundo médico e nome de real prestígio no estrangeiro e nosso prezado colaborador. Com sua morte, perde o Brasil um cientista na mais alta aceção do vocabulário, inteiramente devotado à medicina, em que era mestre dos mais ilustres, e cuja inteligência e saber deram sempre grande relevo às missões científicas de que o incumbira no exterior, em diversas épocas, o nosso governo.

O extinto, que contava 59 anos de idade, natural de Cruz Alta, tendo-se formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1904, aos 21 anos. Dois anos mais tarde, por concurso, obtinha a regência da cadeira de Medicina Legal da Faculdade pela qual se formara transformando-se no mais jovem mestre da Congregação, sendo ainda de notar que era mais



moço ainda do que qualquer dos seus alunos. Posteriormente foi nomeado regente interino da cadeira de clínica médica da Faculdade de Medicina e designado pa-

ra ocupar a de Medicina Legal da Faculdade de Direito de Porto Alegre. Decorrido pouco tempo a Congregação decidiu colocá-lo, em caráter definitivo, na cadeira de clínica médica.

Em 1932, transferiu-se para a Capital do país, onde ocupou a 5.ª cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, tendo, desde então, exercido a atividade didática até agora.

Fez várias viagens à Europa e a Republicas americanas como representante oficial do Brasil, em congressos médicos, tendo sido distinguido com títulos e homenagens especiais, e feito membro titular de várias sociedades médicas nacionais e estrangeiras. Assim era membro honorário da Aca-

demia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro; Academia Nacional de Medicina de Madri; Academia de Medicina de Buenos Aires; Academia Nacional de Medicina do Chile; professor "honoris-causa" pela Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago do Chile, e outras, tendo sido presidente da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e da Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição do Rio de Janeiro.

O eminente clínico realizou trabalhos originais sobre assuntos de clínica médica, tendo oportunidade de estabelecer conceitos novos na matéria, amplamente confirmados no país e no estrangeiro, tais como nos seus estudos sobre: acilose, nefropatias, hemopatias, agotemia cloroplênica, hemorragias, etc.

Prof. Benedito Montenegro

Homenagem prestada por seus assistentes e colaboradores por ocasião do 20.º aniversário da primeira gastroduodenectomia praticada no Brasil — Prestando justa homenagem ao prof. Montenegro, por ocasião do 20.º aniversário da primeira gastroduodenectomia que, no Brasil, foi praticada pelo eminente cirurgião, os seus ex-assistentes e atuais colaboradores fizeram publicar um número especial da Revista de Cirurgia de

São Paulo, XI, julho-outubro 1943. Trata-se de um volume de 700 páginas, em que os trabalhos honram e dignificam a escola cirúrgica do prof. Montenegro, pelo seu valor científico e contribuição ao aperfeiçoamento da cirurgia em nosso país. A obra traz um prefácio assinado pelos drs. Piragibe Nogueira e Eurico Branco Ribeiro, historiando e focalizando as principais passagens da vida científica do prof. Montenegro.

Instituto Clemente Ferreira

Sessão comemorativa do 30.º aniversário da sua fundação. — Realizou-se no dia 4 de novembro, no Instituto de Tisiologia "Clemente Ferreira", a sessão comemorativa do 30.º aniversário de fundação deste estabelecimento de ação preventiva e terapêutica da tuberculose. Largos e inestimáveis serviços prestou à coletividade, desde o início da sua vida, o

instituto que tomou o nome do dr. Clemente Ferreira, que centraliza tudo quanto se faz em São Paulo no terreno do combate ao temível flagelo que é a tuberculose. Já se disse que o nome de Clemente Ferreira está indissolivelmente ligado, na memória dos seus conterrâneos, à luta pela profilaxia e pela extinção daquele mal; igualmente o estão os auspícios

resultados obtidos nessa campanha, cuja figura central é o patrono daquela entidade, que tem a seu credito, como dissemos, uma extensa e brilhante folha de serviços em prol da coletividade paulista.

O Instituto "Clemente Ferreira" foi fundado em 1913, com os mesmos objetivos que até hoje possui, e doado ao governo estadual, em 1934, para que este pudesse, com seus recursos, dar maior amplitude à obra até então desenvolvida às expensas da nunca negada generosidade da nossa gente.

Na sessão comemorativa, a que estiveram presentes representantes das autoridades civis e militares de São Paulo, membros das classes médica e social, além de amigos e admiradores da missão que o Instituto vem levando a bom termo, prestou-se significativa homenagem ao dr. Clemente Ferreira, fundador da entidade e precursor do combate à tuberculose em nosso Estado.

Presidiu os trabalhos o dr. A. Tisi Neto, da Liga Paulista Con-

tra a Tuberculose, que, logo após dar por aberta a sessão, passou a palavra ao dr. Gomes dos Reis, que proferiu uma conferência subordinada ao tema "Tuberculose na puberdade".

Em seguida, o dr. Nogueira Martins proferiu uma saudação ao dr. Clemente Ferreira, enaltecendo a sua atividade na luta anti-tuberculosa. O dr. Clemente Ferreira, traçando o histórico daquela fundação, que teve que vencer inúmeras dificuldades para alcançar o êxito que hoje se lhe reconhece, agradeceu as lisongeiras referências do dr. Nogueira Martins e a homenagem que os presentes lhe prestavam. Falou ainda do importante papel desempenhado pela Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo no combate à tuberculose, inaugurando, em 1924, em S. José dos Campos, o primeiro sanatório especializado na cura da molestia, o Sanatório "Vicentina Aranha", e em 1932, o "Sanatório S. Luiz de Gonzaga", em Jaçanã.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Percepção durante a adaptação à escuridão

É bem conhecido que os indivíduos diferem uns dos outros na sua capacidade de "ver na escuridão". Supoz-se que as diferenças desta capacidade estavam, em geral, dependentes das diferenças do limiar absoluto da visão e da sua modificação durante a adaptação à escuridão. A "capacidade para ver na escuridão" implica portanto a "capacidade para perceber na escuridão" e nunca se tinha provado que a variação da capacidade perceptiva durante a adaptação à escuridão fôsse função apenas da variação do limiar absoluto. Parece provável que entrem em ação outros fatores.

No *British Journal of Psychology* de janeiro de 1942, Craik e Vernon descrevem certas provas supostas capazes de isolar as pos-

síveis variações de acordo com o material e a situação. Estas provas são:

1) Um simples trabalho perceptivo. Pede-se ao examinando que refira a orientação dum ponteiro branco de mostrador sobre um fundo preto.

2) Mais complicado — Apresenta-se ao examinando uma série de silhuetas pretas muito significativas, sobre um fundo branco, e pede-se-lhe que refira o que ele vê.

3) Material perceptivo simples combinado com um trabalho motor também simples, no qual o examinando é obrigado a percorrer com um estilete um desenho de genero labirinto, elementar e branco, sobre um fundo preto.

Obtiveram-se continuamente as curvas do limiar absoluto da visão de 18 indivíduos após um período de 55 minutos de adaptação à escuridão seguido duma completa adaptação à luz. Encontraram-se certas diferenças características nas curvas, das quais as mais importantes foram o limiar relativamente alto após a adaptação pelos cones juntamente com um limiar relativamente baixo após adaptação pelos bastonetes; em outros casos verifica-se o contrário. A capacidade de realizar trabalhos simples estava intimamente relacio-

nada com o limiar absoluto da visão.

A percepção de material mais complicado foi determinada somente em parte pelo limiar absoluto da visão pelos cones e em menor grau, pelo limiar absoluto da visão pelos bastonetes; neste assunto a inteligência, educação e familiaridade da situação influem no resultado.

(Extrato adaptado do Bulletin of War Medicine, 2, 498, julho, 1942).

Os extratos pancreáticos desinsulinizados

Sua ação fisiológica — Somente o estudo experimental preciso de um medicamento permite compreender sua ação terapêutica.

Atestam esse fato as laboriosas pesquisas de Joseph Felix e Leon Tochowicz do Instituto de Farmacologia da Universidade de Jag. Estudando o modo de ação do extrato pancreático desinsulinizado (Angioxyl) verificaram, os eminentes fisiologistas, por meio de diversas experiências sobre o aparelho circulatório de cães, coração isolado da rã, perfusão no coelho e medidas oncométricas no gato:

1.º — baixa da tensão arterial dos vasos músculo-cutâneos e abdominais;

2.º — reforço do trabalho do miocárdio;

3.º — ausência de modificação do débito cardíaco;

4.º — dilatação das artérias coronárias.

Esta múltipla ação farmacodinâmica explica os inúmeros benefícios colhidos pelos clínicos, com o extrato de pâncreas sem insulina, no tratamento das perturbações subjetivas da hipertensão arterial e na angina de peito.

Igualmente, nos processos vasculares periféricos, o Angioxyl mostrou-se de grande eficácia pela sua

notável ação trófica sobre as paredes dos vasos afetados (René Benard).

David W. Kramer, no seu recentíssimo livro "Manuel of Vascular Disorders", à pág. 214, refere-se aos brilhantes resultados obtidos com essa substância medicamentosa nas arterítes.

Martin M. Fisher, A. Wilbur Duryee e Irving (The Heart Journal, vol. 18, n.º 4 New York — Oct. 1939) relatam surpreendente melhora clínica em 100 doentes com claudicação intermitente.

Também Saul Samuels, no livro "Diagnóstico e Tratamento das Doenças Arteriais Periféricas", um dos melhores sobre o assunto, afirma que o extrato pancreático desinsulinizado, na dose de 1 a 5 cm3, por via intramuscular, constitui "a melhor medicação contra a dor da claudicação intermitente".

Entre nós, esta última indicação do Angioxyl foi perfeitamente definida pelo Dr. Barros Magaldi, em uma comunicação à Associação Paulista de Medicina, publicada em "O Hospital" — vol. XVIII, n. 4 — Out. 1940 — pág. 685: "Extrato Pancreático Desinsulinizado no Tratamento das Obliteraões Arteriais Periféricas".

De outra parte, Joseph Lazarus, refere uma indicação inteiramente nova para os extratos de pâncreas

sem insulina; seu emprego como tratamento adjuvante dos espasmos ureterais e cálculos encravados no ureter (Journal of Urology. Jan. 1940). As experiências do autor norte-americano, durante 3 anos, em mais de 100 casos, permitiram-lhe verificar o efeito surpreendente da medicação. Embora não tenha chegado a uma conclusão no que diz respeito ao modo de ação da substância, pensa que consiste em suprimir o espasmo

da musculatura uretral, neutralizando a ação vaso-constritora da epinefrina.

Todos os autores insistem na necessidade do tratamento prolongado, numa dose de 2 a 3 ampólas, conforme a gravidade do caso.

A ação do Angioxyl, sobre os mecanismos reguladores da vasomotricidade central e periférica é indiscutível e daí resulta a multipicidade de suas indicações terapêuticas.

**No reumatismo e dores articulares,
empolas de**

Hexamyo salicilado

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfelta tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artrismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções para-lueticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterloesclerose - Polisarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

RAIOS X

Dr. J. M. Cabello Campos

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames
Radiologicos a domicilio

Consultorio :
RUA MARCONI, 94
(Predio Pasteur)
Telephone : 4-0655

Residencia :
RUA TUPY, 593
Telephone : 5-4941
SÃO PAULO



BACTERIOLOGIA Y IMMUNIDAD

PELOS PROFS.

W. S. TOPLEY e G. S. WILSON

★

Bacteriologia e Imunologia — Bacteriologia aplicada á
higiene — Classificação e determinação bacteriológicas

1.600 PÁGS., 276 GRAVURAS ENTRE GRÁFICOS E FOTOGRAFIAS

EDIÇÃO ESPANHOLA DE SALVAT

Lavalle 371, Buenos Aires ou Calle Mallorca 49, Barcelona

